



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Specifika práce sestry na psychiatrickém
oddělení se závislými klienty**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Agáta Korousová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „**Specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení se závislími klienty**“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16.8.2019

.....

Agáta Korousová

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala.

Specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení se závislými klienty

Abstrakt

Tématem této bakalářské práce jsou specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení se závislými klienty. Z důvodu vysokého počtu pacientů závislých na návykových látkách a snadné dostupnosti návykových látek jde o velmi aktuální téma. Cílem této práce bylo zmapovat specifika práce sester na oddělení střednědobé odvykací léčby a na detoxifikační jednotce.

Teoretická část se orientuje na rozdělení psychiatrické péče v České republice, na druhy a popis jednotlivých návykových látek, na duševní syndromy vznikající z užívání návykových látek a na popis specifík a kompetencí sester pracujících na psychiatrickém oddělení.

Praktickou část tvoří kvalitativní výzkum, pro který byla použita metoda dotazování. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Analýzou získaných dat byly vytvořeny 3 kategorie a 7 podkategorií. Výzkumný soubor tvořilo 13 sester pracujících na psychiatrických pracovištích, a to na pracovištích střednědobé odvykací léčby a detoxifikačních jednotek.

Z výzkumu vyplývá, že jako specifika jsou mezi sestrami chápána nutnost empatie, vlídnosti a také nezbytnost dohledu nad dodržováním léčebného režimu. Mezi specifika sestry řadí také namátkové detekční kontroly na návykové látky a kontrolu osobních věcí klientů. Sestry psychiatrického oddělení vnímají jako velmi specifické, že je nutné ke každému klientovi přistupovat individuálně, jelikož každý klient může zvládat režimovou léčbu rozdílně. Využitelnost této bakalářské práce je např. pro osvětu veřejnosti ohledně průběhu odvykací léčby a zmírnění strachu lidí, kteří o léčbě uvažují, ale pro nedostatek informací se bojí léčbu podstoupit.

Klíčová slova

Detoxifikační jednotka; návykové látky; psychiatrie; sestra; specifika práce; střednědobá léčba

The specifics of a nurse's work with addicted clients at psychiatric ward

Abstract

The topic of this bachelor thesis is the specifications of nursing addicted patients at the psychiatric ward. Due to a high number of patients addicted to addictive substances and easy availability of addictive substances it is a very current topic. The aim of this thesis is to map out the specifications of the work done by nurses at the ward of medium-term withdrawal treatment and at the department of detoxification.

The theoretical part focuses on the division of psychiatric care in the Czech Republic, on the kinds and descriptions of addictive substances, on mental syndromes happening because of addictive substance use, and on the descriptions of specifications and competence of nurses working at the psychiatric ward.

Practical part consists of quantitative research using the method of interviews. The data collection technique used is a semi-structured interview. Three categories and 7 subcategories were created by analyzing the data obtained. The research file consists of 13 nurses working at psychiatric hospitals, at medium-term withdrawal treatment offices and detoxification units where they are in contact with addicted patients.

Among specifications nurses also include random detection addictive substance tests, and checking of clients' personal belongings. Nurses understand the psychiatric ward, to be very specific, as a place where each client needs to be treated individually, because each one may manage the regime treatment differently. This bachelor thesis may be used for purposes of education about the process of withdrawal treatment and mitigation of fear in those people who are thinking about treatment, but are afraid to undergo it because of lack of information.

Keywords:

Addictive substances; detoxification department; medium-term treatment; nurse; psychiatry; work specifications

OBSAH

Úvod	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Psychiatrická péče a její varianty	9
1.2 Duševní syndromy vzniklé z užívání psychoaktivních látek	12
1.3 Návykové látky	15
1.3.1 Opioidy	15
1.3.2 Konopné drogy	16
1.3.3 Halucinogeny.....	17
1.3.4 Alkohol.....	17
1.3.5 Psychostimulancia.....	21
1.3.6 Sedativa a hypnotika.....	22
1.4 Specifika práce sester pracujících na psychiatrickém oddělení	23
1.5 Kompetence sester pracujících na psychiatrickém oddělení.....	27
1.6 Práce sestry ve vybraných adiktologických službách	28
1.6.1 Detoxikační léčba	29
1.6.2 Střednědobá odvykací léčba	29
2 Cíle práce a výzkumné otázky	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Výzkumné otázky.....	31
3 Metodika práce	32
3.1 Použité metody.....	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	32
4 Výsledky.....	34
4.1 Identifikační údaje sester.....	34
4.2 Specifika práce sester na psychiatrickém oddělení	36
4.2.1 Specifika práce na oddělení střednědobé odvykací léčby	37
4.2.2 Rozdíl ve spolupráci s psychiatrickým pacientem s duševním onemocněním a pacientem na standardním oddělení.....	37
4.3 Kompetence sester na psychiatrickém oddělení	38
4.4 Chod oddělení	39
4.4.1 Režim oddělení/denní řád	39

4.4.2	Harmonogram práce sestry	40
4.4.3	Organizační systém péče a metody léčby	41
4.4.4	Sesterské aktivity	42
4.4.5	Zabezpečení psychoterapeutické péče a zajištění psychoterapeutického režimu oddělení	43
4.5	Specifika práce sester na psychiatrickém oddělení	45
4.5.1	Specifika práce na detoxifikační jednotce	45
4.5.2	Rozdíl ve spolupráci s pacientem s duševním onemocněním a pacientem na standardním oddělení	46
4.6	Kompetence sester	47
4.7	Chod oddělení	47
4.7.1	Podkategorie: Režim oddělení / denní řád	48
4.7.2	Harmonogram práce sestry	49
4.7.3	Organizační systém péče a metody léčby	50
4.7.4	Sesterské aktivity	51
4.7.5	Zabezpečení psychoterapeutické péče a zajištění psychoterapeutického režimu oddělení	52
5	Diskuze	53
6	Závěr	61
7	Seznam použitých zdrojů	63
8	Seznam příloh.....	69

Úvod

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala proto, jelikož mě obor psychiatrie zajímá. Psychiatrie je velice specifický obor a očekává se zde specifický přístup od sestry. Sestra pracující na psychiatrickém oddělení by měla být empatická, vlídná, laskavá a důvěryhodná, zároveň by však měla být velmi důsledná a neoblomná. Tato práce je zaměřena na činnost sester na psychiatrických odděleních, které se věnují práci se závislými klienty.

Toto téma je stále aktuální a je potřeba se mu věnovat vzhledem k lehké dostupnosti psychoaktivních látek a jiných předmětů způsobujících závislost. Ne každý závislý člověk má možnost takové odborné péče, jakou by potřeboval, nebo si nechce připustit, že takovou pomoc potřebuje a tím se může stát nebezpečným nejen pro sebe, ale i pro své okolí. Tato práce by mohla závislým lidem pomoci a zmírnit tak jejich strach z hospitalizace v psychiatrickém zařízení.

V teoretické části této bakalářské práce popíšeme jednotlivé psychoaktivní látky, jejich složení, skupenství a možnosti aplikace. Dále budou popsány účinky psychoaktivních látek ovlivňující lidské chování. Také se budeme zabírat tím, jaké druhy léčby existují a jak probíhají.

Výzkumná část bude založena na výstupech kvalitativního výzkumu realizovaného metodou dotazování, technikou sběru dat polostrukturovaného rozhovoru se sestrami zaměstnanými v psychiatrických nemocnicích.

1 Současný stav

1.1 Psychiatrická péče a její varianty

Psychiatrická péče je v České republice poskytována v různých formách a klade si za cíl poskytnout kvalitní psychiatrickou, ošetrovatelskou, psychologickou a sociální péči. Tato péče je zaměřena na osoby s různými typy duševních poruch. Pro zajištění maximální efektivity je nezbytné, aby mezi sebou jednotlivá pracoviště spolupracovala a také to, aby byla zajištěna propojenost a návaznost na psychologickou, sociální a psychoterapeutickou síť služeb (Orel, 2012).

System péče o duševní zdraví lze rozdělit na péči intramulární, to znamená na péči institucionální poskytovanou na psychiatrických klinikách nebo v psychiatrických nemocnicích, a na péči extramulární poskytovanou mimo zdi institucí. Jako příklad lze uvést denní centra či chráněné bydlení. Na pomezí intramulární a extramulární péče leží semimulární péče, kam se řadí psychiatrické ambulance a krizová centra (Orel, 2012).

Ambulantní psychiatrická péče

Jak uvádí Petr et al. (2014), psychiatrická ambulantní péče by se dala označit za základní článek poskytované psychiatrické péče. Je v převážné míře místem prvního kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí. *„Tento kontakt bývá většinou dlouhodobý, kontinuální a ambulantní psychiatr se stává koordinátorem pacientovi péče – jeho průvodcem v systému psychiatrických služeb i následných zdravotně-sociálních služeb. Vedle psychiatrických ambulancí existují v systému ambulantní péče specializované ambulance (pro děti, gerontopsychiatrické, pro léčbu závislosti, substituční centra, psychoterapeutická ambulance a jiná specializovaná pracoviště). Síť ambulantních psychiatrů je nerovnoměrná.“* (Petr, 2014, s. 48).

Psychiatři lékaři umožňují kontroly stavu, sledují vývoj možných komplikací a také upravují medikaci. Řadě psychiatrických pacientů postačí sledování a kontroly na ambulanci, není proto nutná hospitalizace. Psychiatrické ambulance existují jako

samostatná zařízení, mohou však být také součástí psychiatrických klinik a nemocnic (Orel, 2012).

Podle Hosáka et al. (2015) je v dnešní době nedostatečně rozvinuta síť ambulantních sexuologických, pedopsychiatrických a specializovaných zařízení k léčbě závislostí na návykových látkách.

Komplementární (indermediální péče)

Komplementární péče je brána jako mezičlánek mezi hospitalizací a mezi ambulantní službou. Její výhoda spočívá v zachování soběstačnosti, navázání sociálních kontaktů a také v zaměstnání pro klienty. Komplementární péče existuje v podobě denních stacionářů, chráněných dílen a chráněného bydlení (Orel 2012).

Denní stacionář je určen k dennímu pobytu pro psychiatricky nemocné klienty. Stacionář mohou navštěvovat buď klienti s různými diagnózami, či existují ve stacionáři specializované programy zaměřené pouze na určitou skupinu klientů, například pro osoby se závislostí, pro osoby s poruchou příjmu potravy či pro děti a dorost. Základním prvkem je psychoterapie, která se kombinuje s jinou specifickou léčbou dle onemocnění a rehabilitací. Tým stacionáře tvoří lékaři, sestry a psychoterapeuti. Denní stacionář se vyskytuje buď jako samostatné zařízení, či může být připojen k psychiatrické ambulanci nebo ke krizovému centru. Může být také umístěn u lůžkové psychiatrické nemocnice, kde se stacionář využívá jako pokračování v hospitalizaci (Pěč et al., 2014).

Mezi další možnost komplementární péče patří chráněné dílny. Chráněné dílny popisuje Orel (2016). Chráněné dílny umožňují klientům zapojení do pracovního režimu, navykají je na denní režim, přináší jim sociální kontakty a napomáhají k rozvoji pracovních dovedností. Práce v chráněné dílně také zvyšuje sebeúctu a sebedůvěru a umožňuje pracovat lidem, kteří by v běžné společnosti práci hledali velmi obtížně, nebo by jim vůbec nebyla umožněna. Mimo chráněné dílny existuje i chráněné bydlení. Chráněné bydlení je poskytováno osobám se sníženou soběstačností, osobám se zdravotním postižením nebo osobám s chronickým onemocněním, a to včetně

duševního. Je určeno pro osoby, jež potřebují k běžnému životu pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení může být buď individuální, nebo skupinové (Kalvach, 2011). Terapeutické komunity jsou další součástí komplementární péče a jsou určeny pro drogově závislé klienty. „*Terapeutická komunita je specializované rezidenční zařízení, s neformální a otevřenou atmosférou, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. Poskytuje se v ní střednědobá a dlouhodobá odborná péče v rozsahu 6–8 měsíců.*“ (Kalina et al., 2015, s. 446). Jak uvádí Borská (2011), terapeutická komunita je forma intenzivní skupinové psychoterapie, kde spolu klienti sdílejí skupinová sezení a další společné programy. Většinou jde o zařízení s malou kapacitou, umístěné někde na venkově mimo zdravotnické areály. Kalina et al. (2015) popisují jednotlivé složky programu v terapeutické komunitě. Zahrnují tam setkání komunity, jež probíhají téměř denně a jsou klíčovým bodem komunit. Dále skupinovou terapii, práci s rodinou, kdy je žádoucí, aby rodina klienta úzce spolupracovala a navštěvovala terapeutickou komunitu. Jako další složky uvádějí Kalina et al. (2015) vzdělávání, sociální práci a volnočasové aktivity.

Nutno zde také zmínit jeden ze zásadních pilířů reformy psychiatrické péče z roku 2018, a tím jsou Centra duševního zdraví. Dle Ministerstva zdravotnictví (2018) tato centra představují nový prvek péče o jedince s duševním onemocněním, kdy by se mělo nemocným klientům dostat nepřetržitě denních, krizových, mobilních a ambulantních služeb. O tyto služby se stará multidisciplinární zdravotnicko-sociální tým skládající se z psychiatrů, psychologů, sester a také z peer konzultantů, což jsou osoby s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Koncept je založen na tom, že tento tým odborníků pracuje i mimo Centra a mohou tak dojíždět za nemocným jedincem k němu domů a pomáhat mu tak začlenit se do běžného života. Cílem Center duševního zdraví je, aby se omezila hospitalizace duševně nemocných jedinců a aby tito lidé mohli samostatně žít doma a nevyčleňovali se ze společnosti.

Institucionální péče

Lůžkovou psychiatrickou péčí lze rozdělit na akutní, jež by se měla poskytovat na psychiatrickém oddělení nemocnic a na péči následnou, která se provádí v psychiatrických nemocnicích. Psychiatrická oddělení fungují jako součást všeobecných nemocnic, mohou však existovat i samostatně (Petr et al., 2014). Hlavní úkol psychiatrického oddělení je poskytnout akutní psychiatrickou péči, do níž se zahrnuje kompletní diagnostika, nastavení léčby a stabilizace zdravotního stavu pacienta. Existují dva typy oddělení, a to buď uzavřené, nebo otevřené psychiatrické oddělení. Uzavřená oddělení jsou určena pro osoby, jejichž chování může být nebezpečné k sobě samému nebo k okolí a pro dezorientované a zmatené pacienty. Otevřená oddělení jsou pro pacienty, jejichž stav nevyžaduje neustálou kontrolu a pacienti se proto mohou pohybovat bez omezení. Psychiatrická oddělení mohou být rozdělena na mužská, ženská či smíšená. Oddělení pro děti a dorost jsou umístěna zvlášť. Hospitalizace na oddělení trvá v řádech dní až týdnů (Orel, 2012). Juričková et al. (2014) udávají, že psychiatrické nemocnice přijímají pacienty k dobrovolné i k nedobrovolné léčbě a k ústavní ochranné léčbě nařízené soudem. Provádí se zde dlouhodobá léčba a rehabilitace psychicky nemocných klientů a průměrná ošetrovací doba se pohybuje kolem 85 dní. Tým pracovníků se zde skládá z psychiatrů, psychiatrických sester, všeobecných sester, klinických psychologů, psychoterapeutů, sociálních pracovníků a jiného ošetrovatelského personálu. Průzkum ve Švýcarsku proveden v letech 2016-2017 mezi pacienty přijatými k dobrovolné a nedobrovolné léčbě závislostí jasně prokázal, že pacienti přijatí k nedobrovolné léčbě ukončovali hospitalizaci předčasně, a pouze pár jedinců se rozhodlo pokračovat v dobrovolné léčbě (Habermeyer et al., 2018). Hosák et al. (2015) popisují nevyhovující stav v porovnání s moderními terapeutickými trendy většiny psychiatrických nemocnic v České republice.

1.2 Duševní syndromy vzniklé z užívání psychoaktivních látek

Duševní syndromy mohou vznikat po požití psychoaktivní látky a mají odlišné projevy. Tyto informace jsou důležité kvůli další práci s tímto tématem. Řadíme sem syndrom závislosti, akutní intoxikaci, odvykací stav a psychotickou poruchu.

Syndrom závislosti je souhrn kognitivních, behaviorálních a psychopatologických příznaků, jež se rozvinou při dlouhodobém a opakovaném užívání psychoaktivní látky. Výjimku tvoří opiáty, na které vzniká závislost velice rychle, a to v řádu týdnů. Dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN-10) musí mít pacient přítomny alespoň tři ze šesti příznaků. Mezi příznaky se řadí silná touha užívat látku – bažení (craving), potíže v kontrole užívání látky, fyzické odvykací příznaky, zvyšující se tolerance k účinku látky, zaujetí užíváním látky, trvalé užívání psychotické látky i přes vědomí o jejích destruktivních účincích (Hosák et al., 2015).

Akutní intoxikace návykovou látkou je reverzibilní stav po požití návykové látky, vedoucí např. k poruchám kognitivních funkcí či psychických a fyziologických funkcí. Příznaky intoxikace se liší podle druhů užitých psychoaktivních látek, má různá stadia, která souvisí s intenzitou a hloubkou narušených funkcí. Intoxikace probíhá rozdílně u osob, které požily návykovou látku poprvé či u osob, které psychoaktivní látku požívají pravidelně či s ní mají více zkušeností. Z akutní intoxikace je možný rozvoj abstinenčního syndromu (Hosáková et al., 2007).

Škodlivé užívání je výsledkem užívání psychoaktivních látek. Zdravotní postižení může být buď psychické (sekundární deprese), nebo fyzické (infekce po nesterilní intravenózní aplikaci) (Raboch et al., 2012).

Abúzus neboli nadužívání je nadměrné užívání psychoaktivní látky vedoucí k významnému poškození zdraví a psychiky pacienta. Jedinec není schopen plnit své základní povinnosti, jako například docházku do školy či do zaměstnání. Dále vznikají problémy při opakovaném užívání látky v zakázaných situacích, například na pracovišti či při řízení motorového vozidla nebo opakované užití látky vedoucí k opakujícím se sociálním problémům (Hosák et al., 2015). Dále se závislí jedinci častěji stávají oběťmi či pachateli trestných činů, jsou ohroženi rizikem infekce (hepatitidou typu C a HIV/AIDS) a rizikem intoxikace z předávkování (Martínková, 2018).

Odvykací stav je jedním z charakteristických příznaků syndromu závislosti, mívá různou míru závažnosti a liší se podle užívané návykové látky (Kalina et al., 2015). Dle Orla (2016) vzniká odvykací stav v důsledku částečného nebo úplného odnětí psychoaktivní látky. Je doprovázen řadou psychických a fyzických příznaků lišících se od druhu užitých psychoaktivních látek. Je také jasným důkazem, že osoba trpí syndromem závislosti. K odvykacímu stavu se můžou přiřadit křeče nebo delirium. K tomuto stavu se dle Nešpora (2018) řadí „craving“, což lze přeložit jako bažení. Bažení je touha pociťovat účinky psychoaktivní látky a nastává při odeznívání intoxikace návykovou látkou. Kalina et al. (2015) popisují odvykací stav s deliriem, vznikající nejčastěji po vysazení dlouhodobě užívaného alkoholu nebo vysokých dávek sedativ a hypnotik. Dle MKN-10 musí být přítomna diagnostická kritéria splňující stav deliria, kam patří zastřené vědomí a narušení poznávacích schopností (dezorientace a zhoršení paměti), psychomotorická porucha, narušení spánkového režimu (insomnie, noční můry gradující v halucinace), rychle nastupující a měnící se příznaky a anamnéza nebo laboratorní testy svědčící pro duševní poruchu související s návykovou látkou (Kalina et al., 2015).

K psychickým projevům odvykacího stavu lze zařadit úzkost, poruchy myšlení a vnímání, neklid a podrážděnost (Orel, 2016). Mezi typické fyzické projevy odvykacího stavu se řadí třes, pocení, zvracení, tachykardie, hypertenze a bolesti hlavy (Kašpárek et al., 2013). Odvykací stav trvá různě dlouhou dobu v řádech dnů až týdnů v závislosti na druhu užívané psychoaktivní látky. Průběh je velmi pestrý, od mírných příznaků po akutní stav ohrožující život pacienta (Orel, 2016).

Psychotická porucha je závažný stav vyžadující zásah psychiatra. Psychotické stavy se vyskytují u schizofrenie, u depresí a také u uživatelů návykových látek. Hlavními znaky psychotické poruchy jsou halucinace, bludy, zmatenost a delirium (Kučerová, 2013).

1.3 Návykové látky

1.3.1 Opioidy

*„Opioidy jsou přírodní, polosyntetické a syntetické látky, které se vážou na specifickéopiátové receptory v mozku. Zdrojem přírodních opioidů je bílý mák (*Papaver somniferum album*), opium je zaschlá mléčná šťáva získaná nařezáním nezralých makovic. Opiáty přírodního původu jsou opium, morfin, kodein; opiáty syntetické představují heroin, hydromorfon, dihydrokodein.“ (Hosák et al., 2015, s. 160).*

Kalina et al. (2015) uvádějí informace k jednotlivým zástupcům opiátů. Heroin je polosyntetický derivát morfinu. Dříve se podával jako lék na kašel a jako náhražka morfinu. Obvyklý způsob aplikace je nitrožilní podání, jako další způsoby se uvádí šňupání, kouření nebo inhalace z aluminiové folie. Heroin se rozděluje na tzv. bílý a hnědý heroin. Bílý heroin je vhodný k injekční aplikaci, hnědý heroin pak ke kouření a inhalaci. K dalším zástupcům patří braun, který se uvádí jako specificky česká droga. Vyrábí se z léčiv obsahujících kodein a výsledný produkt je v podobě tekutiny hnědé barvy. Opium je směs alkaloidů opia, jejichž hlavní účinnou látkou je morfin. Opium se užívá perorálně v podobě různě připravených odvarů z makoviny. Při nitrožilní aplikaci bývá vysoká míra infekčních komplikací souvisejících s nedostatečně vyčištěnou podávanou látkou. Buprenorfin, též znám jako Subutex, se užívá při substituční léčbě. Nasazuje se při rozvinutí abstinčních příznaků a podává se sublingválně. Buprenorfin se vyrábí pouze legálně pro medicínské účely, prosakuje však na černý trh jako náhražka nekvalitního heroinu a aplikuje se nitrožilně.

Dle Preisse et al. (2006) účinkují opioidy tlumivě na CNS, potlačují vnímání bolesti, navozují euforii, pocit zklidnění až ospalost. Opiáty tlumí centrum kašle, vyvolávají miózu a celkově snižují tělesnou teplotu. Machová et al. (2015) jmenují způsoby aplikace, což jsou šňupání, kouření, intradermální a intravenózní podání pomocí jehel a intravenózních stříkaček.

Odvykací stav může trvat 7-10 dní a není životu nebezpečný. Projevuje se pocením, třesem, neklidem, strachem, zvýšeným krevním tlakem, podrážděností a velmi silnými křečemi. Podle Kaliny et al. (2015) lze odvykací stav na opiátech přirovnat k těžké

chřipce. Udává příznaky jako slzení, průjem a tělesnou bolest. Odvykací stav nastupuje v rozmezí hodin až dní, podle množství užití látky.

Akutní intoxikaci opiáty lze popsat jako soubor příznaků, do nichž spadá apatie, útlum, zpomalení psychomotoriky a zhoršení pozornosti a úsudku. Do objektivních příznaků se řadí otupělost, setřelá řeč, porucha vědomí a zúžení zornic. Nemusí se však vyskytovat všechny. Při těžké intoxikaci hrozí útlum dechového centra, hypotenze a celkový útlum CNS (Raboch et al., 2012).

1.3.2 Konopné drogy

Do skupiny konopných drog patří přírodní drogy s halucinogenním účinkem vyráběné z konopí. Účinnou látkou v těchto drogách jsou kanabinoidy, z nichž nejaktivnější psychotropní látkou je THC (Kalina et al., 2015). Konopné drogy lze rozdělit do několika různých forem. Jednou z nich je marihuana, což jsou květy s okvětními lístky ze samičí rostliny konopí, jež se smíchávají s většími listy rostliny dle potřeby. Do skupiny patří dále hašiš, který se získává zpracováním zralých květů samičí konopné rostliny. Jako poslední nejznámější způsob užívání je uváděn konopný olej, jenž se vyrábí extrakcí hašiše (Miovský et al., 2008).

Účinky konopných drog popsali Kalina et al. (2015) a mezi jejich vliv zařadili zklidnění, euforii, veselost a zaostření smyslového vnímání. Častý jev je také neutišitelný smích bez zjevných příčin.

Hosák et al. (2015) popisují užívání konopných drog. Nejrozšířenější je kouření, a to buď v cigaretách, či ve vodní dýmce. Rozšířené je také požívání drogy per os v pokrmu či nápoji.

Při akutní intoxikaci kanabinoidy jsou přítomny příznaky jako zhoršená pozornost, halucinace, zpomalené vnímání času či paranoidní představy. Aby se dal stav označit jako akutní intoxikace, musí být přítomen alespoň jeden z příznaků, jako je tachykardie, zarudlé oční spojivky, zvýšená chuť k jídlu nebo suchost v ústech (Miovský, 2008). Odvykací stav obvykle nebývá vážný a mezi projevy se řadí poruchy spánku, poruchy

pozornosti a psychomotorický neklid (Kalina et al., 2015). Nebezpečí konopných drog tkví v tom, že to mohou být tzv. „startovací drogy“, což znamená, že při vzestupu tolerance může dojít k přechodu na tzv. tvrdé drogy (Hosák et al., 2015).

1.3.3 Halucinogeny

Halucinogeny jsou látky vyvolávající psychickou alteraci (změny chování, jednání či emotivity), jež mohou vést až do stadia toxické psychózy. Mezi přírodní halucinogeny lze zařadit psilocybin (je možno jej nalézt v houbách rodu *Psilocybe*, mezi nejznámější patří lysohlávka), durman (exotické ovoce), myristicin (vyskytuje se v muškátovém oříšku) nebo kyselinu ibotenovou (přírodně se vyskytující v muchomůrce červené) (Fišer et al., 2009). Mezi synteticky připravené halucinogeny patří například LSD či ketamin (Kalina et al., 2015). Dle Fišera et al. (2009) se však při požití pravé halucinace objevují zřídka. Mezi krátkodobé účinky lze zařadit tzv. „bad trip“, což je stav, který lze charakterizovat jako nepříznivý průběh intoxikace, kdy se vyskytují pocity úzkosti, paniky a paranoie. Mezi další krátkodobé účinky lze uvést sympatometické účinky, například tachykardii, pocení, bolesti hlavy či mydriázu (Kalina et al., 2015).

Halucinogeny se užívají v drtivé většině perorálně a nevyvolávají abstinenci příznaky, avšak při vysokých dávkách mohou způsobit nevratné poškození jater nebo ledvin. Jelikož halucinogeny obsahují velmi proměnlivý obsah psychoaktivních látek, řadí se tyto drogy k nejméně předvídatelným (Machová et al., 2015).

1.3.4 Alkohol

Alkohol vzniká kvašením, vařením či pálením rostlinných cukrů. Víno z hroznů, pivo z chmele a destiláty vznikají kvašením různých druhů plodů. Je prokázáno, že alkohol patří v České republice k nejčastěji užívaným návykovým látkám (Radimecký et al., 2007). Hosák et al. (2015) udávají, že alkohol (etanol) vzniká v malém množství v lidském organismu a jeho fyziologická hladina v krvi je do 0,22g/kg.

Alkohol patří mezi látky tlumivé. Malá dávka alkoholu navodí pocit euforie a celkové uvolnění. Při požití i malé dávky alkoholu se snižuje schopnost člověka reagovat na měnící se podnět a snižuje se soustředěnost. Tlumí také bolest, zvyšuje sebevědomí a snižuje schopnost sebekontroly (Radimecký et al., 2007). Alkohol se vyznačuje rychlým vstřebáváním z trávicího ústrojí, a to zejména z jejunu a duodena. Z žaludku se vstřebává jen asi 10 % požitého alkoholu (Hosák et al., 2015). Alkohol se požívá perorálně, jsou však možné i jiné způsoby, jež se ovšem používají méně často (Kalina et al., 2015).

Z psychiatrického hlediska lze poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu rozdělit do dvou základních skupin, a to poruchy, které jsou způsobeny přímým účinkem alkoholu na CNS, a to buď bezprostředně (intoxikace alkoholem), či to může být jako druhotný následek chronického abúzu alkoholu, kam lze zařadit například odvykací stav či amnestický syndrom, nebo na poruchy projevující se návykovým chováním v souvislosti s abúzem alkoholu, a které mohou vyústit v závislost (syndrom závislosti na alkoholu) (Raboch et al., 2012).

Akutní intoxikace alkoholem citelně zhoršuje kognitivní funkce. Aby se dal stav označit za akutní intoxikaci, musí stav splňovat všeobecná kritéria dle MKN-10. Musí být přítomen alespoň jeden ze znaků jako hádavost, agrese, dezinhibice, labilita nálady, zhoršená chuze a pozornost, špatná rovnováha, zarudlý obličej, setřelá řeč aj. (Preiss et al., 2006). Při akutní intoxikaci alkoholem postačí v nemocnici podpurná léčba. Pokud by však hladina alkoholu v krvi byla potencionálně letální, je doporučeno provést výplach žaludku či navodit zvracení, ale pouze v případě že alkohol byl požit před 90 a méně minutami, jinak je tento postup neúčinný. Dále je nutná kardiovaskulární a respirační podpora-UPV. Při významné ztrátě elektrolytů a hydrogenkarbonátů je nutná intravenózní náhrada. Pokud je přítomna hypoglykemie, podává se glukóza v poměru 2–3 g/kg tělesné hmotnosti. Rozvoji pneumonie či sekundární bronchopneumonie lze zamezit antibiotickou profylaxí (Ševela et al., 2011).

Jak uvádějí Dušek et al. (2015), závislost na alkoholu vzniká nejprve psychická, v dalším stadiu poté i závislost somatická. Tolerance organismu na alkohol se zpočátku

zvyšuje, postupně však klesá. K dalším příznakům závislosti na alkoholu patří palimpsesty (tzv. „okénka“), kdy si pacient nevybavuje své chování v opilém stavu. K dalším typickým rysům patří tzv. „ranní doušky“, kdy má pacient u postele lahev tvrdého alkoholu a ihned po probuzení požije pár doušků, aby tak zabránil rozvoji abstinčního syndromu. Jako další příznak lze uvést „pití v tazích“, kdy závislý jedinec požívá alkohol několik dní v kuse, a dochází při tom k rozvoji deliria tremens či alkoholické psychózy (Kučerová, 2013). Orel (2012) uvádí rozdělení a popsání fází závislosti na alkoholu. Počáteční fázi charakterizuje občasným požitím alkoholu, jež přináší stav euforie a po určité době začíná stoupat u jedince tolerance na užívání alkoholu. Druhá, prodromální neboli varovná fáze je typická vyšší vazbou na alkohol, která se u jedince stává nutností. Objevují se první alkoholická okénka neboli palimpsesty. Třetí fáze, kterou Orel (2012) označuje jako krucinální neboli rozhodující, je fáze provázena jedincovo ztrátou kontroly nad pitím a četnými racionalizacemi. U jedince klesá tolerance na alkohol, objevují se ranní doušky. Jedinec pokračuje v užívání alkoholu i přes negativní zdravotní a společenské dopady. Terminální nebo také konečná fáze je poslední fáze závislosti na alkoholu. Jedinec je schopen užívat jakékoliv tekutiny s obsahem alkoholu. Tolerance a kritičnost stále klesají. Jsou přítomny psychické poruchy, změny osobnosti, celkové zdravotní potíže, úpadek a degenerace osobnosti závislého jedince.

Psychotické poruchy mohou vznikat buď bezprostředně po požití alkoholu, či se postupně rozvíjejí. Mezi projevy psychotických poruch způsobené dlouhodobou konzumací alkoholu patří poruchy vnímání, při kterých se objevují halucinace, dále poruchy myšlení s přítomnými bludy, poruchy emotivity s depresivní poruchou, poruchy vědomí, kam spadají deliria a poruchy kognitivních funkcí. Některé poruchy, například alkoholová halucinóza, zmizí po vynechání alkoholu rychle, zato paranoidní psychické poruchy mají dlouhý vývoj (Dušek et al., 2015). Dle Hosáka et al. (2015) se alkoholová halucinóza projevuje sluchovými halucinacemi a je přechodná. Většinou se jedná o dva hlasy hovořící k pacientovi, jež vyvolávají úzkost. U pacienta se u alkoholické halucinózy může vyskytnout i agrese. Dále Dušek et al. (2015) řadí mezi další psychotické poruchy depresivní alkoholickou poruchu, vyskytující se

u závislých osob poměrně často. Z počátku jsou přítomny poruchy spánku, špatná nálada a nesoustředěnost, postupně se vyvíjející až do depresivního syndromu. U pacientů se často vyskytují suicidální tendence. K dalším poruchám dle Duška et al. (2015) patří alkoholická bludná porucha. Jedná se o poruchu způsobenou dlouhodobou konzumací alkoholu a vyskytuje se nejčastěji u osob středního věku. U této poruchy převládají žárlivecké bludy a v důsledku bludů se může objevit agresivní chování. Seznam psychotických komplikací lze doplnit o Korsakovu psychózu a alkoholickou demenci. Korsakova psychóza je stav, jehož hlavním příznakem je těžká porucha všípivosti paměti s konfabulacemi. Tento stav může skončit demencí. Alkoholická demence se vyvíjí řadu let a dochází při ní k poklesu intelektových funkcí, paměti, orientace, úsudku a prohlubují se kognitivní poruchy. Při alkoholové demenci dochází k degradaci postiženého z fyzické, psychické i sociální stránky. Při dlouhodobé abstinenci je možný částečný ústup těchto příznaků (Hosák et al., 2015).

Raboch et al. (2012) popisují odvykací stav u osob závislých na alkoholu. Odvykací stav nastupuje v řádu hodin až dní po ukončení konzumace alkoholu. Do příznaků lze zařadit třes, pocení, nauzeu, zvracení, bolesti hlavy, tachykardie, poruchy spánku, sluchové halucinace a iluze. Stav odezní obvykle do 5 dnů. U odvykacího stavu se mohou vyskytnout komplikace jako křeče nebo může nastat alkoholový odvykací stav s deliriem tremens. Hosák et al. (2015) udávají, že delirium tremens propuká v rozmezí 24-48 hodin od požití posledního alkoholu. Spouštěč je tedy náhlé vysazení alkoholu. Delirium tremens začíná obvykle ve večerních hodinách a projevuje se nespavostí a nervozitou. Někdy může delirium tremens začít epileptickým záchvatem. Poté se jedinec stává zmateným a nastupují zrakové halucinace. Pacient trpí úzkostí a můžeme se setkat i s agresivním jednáním vůči okolí. Do objektivních příznaků řadí Hosák et al. (2015) třes, pocení, zarudlý obličej a zvýšenou tělesnou teplotu. Tento stav trvá několik dní a končí spánkem. Pacient si zpravidla po probuzení průběh deliria tremens nepamatuje. Raboch et al. (2012) označují delirium tremens jako závažný, někdy až život ohrožující stav. Udávají, že stav je komplikovaný hypoglykemií a poruchami rovnováhy elektrolytů. Je tedy nutno u pacienta monitorovat vnitřní prostředí a vitální

funkce. Hosák et al. (2015) uvádějí, že jako lék při delirium tremens se podává klomethiazol nebo diazepam. Jako vhodnou podpůrnou léčbu uvádějí vitamin B.

1.3.5 Psychostimulancia

Do této skupiny patří řada látek s centrálně a periferně stimulačním účinkem různé intenzity (Raboch et al., 2012). Mezi nejznámější zástupce se řadí dle Kaliny et al. (2015) metanfetamin, znám jako pervitin a MDMA, látka známá jako extáze. Obě tyto drogy patří do podskupiny stimulačních syntetických látek nazývaných amfetaminy. Jako dalšího významného zástupce do této skupiny řadí Kalina et al. (2015) kokain. Dle Hosáka et al. (2015) psychostimulancia zvyšují bdělost, vyvolávají euforické stavy a zmírňují ospalost a únavu.

Raboch et al. (2012) uvádějí informace o kokainu. Kokain je látka obsažena v listech koky, což je keř rostoucí v jižní Americe. Nejčastěji je v podobě bílého prášku, který se šňupe. Je však možná také intravenózní aplikace nebo kouření speciálně upraveného kokainu, který je znám pod slovem crack. Účinek kokainu je krátký, působí pár hodin a jeho eliminace z těla je rychlá, kokain se eliminuje během několika hodin (Kalina et al., 2015).

Dle Fišera et al. (2009) na kokain vzniká silná psychická závislost, ale nevzniká fyzická závislost, takže nehrozí abstinenční syndrom. Škodlivé užívání popisují Raboch et al. (2012). Uvádí, že škodlivé užívání souvisí s aplikací kokainu. Při šňupání dochází k dráždění a poškozování sliznice dýchacích cest a může dojít až k maceraci nosního septa. Při chronickém abúzu je často přítomna bolest hlavy, depresivní myšlení a dochází i k suicidálnímu jednání. Syndrom závislosti vzniká extrémně rychle. Vzhledem k velice krátkodobému účinku kokainu dochází k jeho aplikaci i několikrát denně. Jak uvádějí Ocisková et al. (2015), psychické příznaky u odvykacího stavu jsou závažná dysforie a silné bažení. Objevuje se také nespavost. Tento stav trvá přibližně 2 týdny. Poté následuje druhé období bažení spojené s depresí, kdy stav může trvat i několik měsíců.

Akutní intoxikace se projevuje euforií, megalomanií, sluchovými iluzemi, halucinacemi a emoční labilitou. Také je přítomna zimnice, zvracení, pocení, porucha srdečního rytmu, křeče a bolest hrudníku. Při těžké intoxikaci je riziko smrti v důsledku oběhového selhání. Při léčbě se podávají benzodiazepiny, diazepam a haloperidol. Je nutný dohled. Při léčbě je indikován imipravin, který potlačuje craving (Raboch et al., 2012).

Metamfetanim (pervitin) se řadí mezi jednu z nejvíce užívaných drog (Kalina et al., 2012). Jeho účinky byly známy už v minulosti, v roce 1938 v Berlíně zjistila akademie vojenské medicíny, že většina vojáků si v bojových situacích aplikuje pervitin. Intravenózní aplikací pervitinu byl znám i Adolf Hitler (Moore, 2011).

Pervitin se vyrábí syntézou efedrinu nebo pseudoefedrynu, jež lze získat z volně dostupných léčiv. Metamfetamin je ve formě bílé krystalické látky (Radimecký et al., 2007). Jeho aplikace je především intravenózně, může se aplikovat i perorálně ve formě tablet nebo se může kouřit (Dreher, 2017). Kouření a intravenózní aplikace pervitinu poskytuje velmi rychlý a opojný stav. Jeho účinky nastupují do 30 sekund a uživatelé tento bleskový a rychlý nástup popisují jako extrémně příjemný (Mehling, 2008). Při dlouhodobém užívání pervitinu intravenózně je riziko vzniku paranoidní psychózy. Při vysazení drogy se neobjevují žádné specifické příznaky, může se však vyskytnout deprese (Fišer et al., 2009). Paranoidní psychózu popsali Radimecký et al., (2007) jako stav, kdy má pacient pocit akutního intenzivního ohrožení a pronásledování. Objevují se také halucinace a delirium. Tento stav vede k agresivnímu chování vůči okolí nebo k sebevraždě. Při intoxikaci vysokými dávkami pervitinu hrozí riziko mozkového krvácení, embolie či selhání srdeční činnosti. Závislí jedinci nejčastěji vyhledávají léčbu kvůli příznakům toxické psychózy. Spolupráce je špatná a často je léčba předčasně ukončena. Základem pro léčbu je psychoterapie, při toxické psychóze se podávají antipsychotika, které rovněž potlačují craving (Hosák et al., 2015).

1.3.6 Sedativa a hypnotika

Sedativa a hypnotika patří k nejčastěji předepisovaným lékům, proto se z hlediska závislosti jedná o velmi významnou skupinu. Předepisují se především na poruchy

spánku a na úzkost, a to nejčastěji pacientům středního věku. Farmakologicky nejužívanější skupinou jsou benzodiazepiny a barbituráty (Raboch et al., 2012). Dreher (2017) udává, že závislost na benzodiazepinech může vzniknout již po 4 týdnech užívání. Sedativa či hypnotika je nevhodné podávat osobám závislým na alkoholu či opioidech, jelikož u nich se může velice rychle vytvořit závislost (Raboch et al., 2012).

Intoxikace sedativy a hypnotiky se projevuje útlumem, ospalostí, halucinacemi a rozmazaným viděním. Může však nastat takzvaná opačná reakce, kdy se objevuje stimulace a hyperaktivita. Intoxikace hypnotiky se nejčastěji vyskytuje u sebevražedných pokusů. Předávkování barbituráty mají za následek kóma, zástavu dýchání, srdeční selhání a smrt. Při předávkování benzodiazepiny jsou přítomny charakteristické příznaky jako ospalost, zmatenost a mírný útlum vitálních funkcí. V kombinaci s jinými tlumivými látkami mohou i malé dávky benzodiazepinů způsobit smrt (Kalina, 2008).

Průběh odvykacího stavu u osob závislých na sedativech může probíhat velmi dramaticky při náhlém vysazení vysokých dávek hypnotik nebo sedativ. Objevuje se tachykardie, třes, zvracení, bolesti hlavy, halucinace, neklid a malátnost. Hrozí však riziko tzv. Rebound fenoménu, který je charakterizovaný těžkými poruchami spánku s možností přechodu do deliria a riziko epileptoidních paroxysmů, které mohou vyústit až ve status epilepticus (Raboch et al., 2012). Jako léčbu při intoxikaci benzodiazepiny udávají Hosák et al. (2015) výplach žaludku a podání flumazenilu. Dále je nutná stabilizace vitálních funkcí.

1.4 Specifika práce sester pracujících na psychiatrickém oddělení

Práce sestry na psychiatrii se diametrálně liší od práce na jiných zdravotnických pracovištích. K předpokladům pro práci na psychiatrii musí být sestra schopna navázat blízký vztah s klienty, vytvořit dojem bezpečného prostředí a možnost být oporou v těžkých životních situacích hospitalizovaných klientů. Mimo běžné ošetrovatelské výkony patří k práci psychiatrických sester provádění specializované činnosti v oblasti péče o duševní zdraví a resocializace. Mezi nejčastější jmenuje hodnocení rizika vzniku

násilí a agrese, sledování klienta s cílem včasnému zabránění nastupující ataky, účast na psychotherapeutických aktivitách, podpora zachování psychických a kognitivních funkcí, poradenství v oblasti prevence duševních poruch a dohled nad dodržováním psychotherapeutického režimu na oddělení (Hosák et al., 2015). Modes et al. (2014) popisují faktory ovlivňující kvalitu péče u psychiatrické sestry. Řadí tam určité osobnostní předpoklady, kdy se od sestry očekává, že zvládne náročné situace, dovednost ovládat své emoce a zachovat neutrální postoj ke klientům. V psychiatrii je kladen vysoký nárok na to, aby se sestra dovedla individuálně přizpůsobit každému klientovi. Dále je to znalost symptomatologie duševních poruch a znalost účinků psychofarmak, jež je základní předpoklad pro práci na psychiatrii. Podávání léků na psychiatrii má také svá specifika. Sestra by měla být schopna poskytnout klientovi základní informace o podávaném léku, o způsobu jeho podání a případných nežádoucích účincích. Důležitý je dohled nad užitím léku, jelikož sestra může po podání léku zkontrolovat pacientovi dutinu ústní, a dále možnost monitorování přímým dohledem, když má sestra podezření, že by pacient mohl lék vyzvracet (Běhounek et al., 2014). Mezi další metody řadí Modes et al. (2014) zvládnutí metod získávání údajů, kam lze zařadit umění vedení efektivního rozhovoru a umění naslouchat. Dále pak znalost nových metod k ošetřování nemocných, kde se opět odkazuje na individualitu nemocných. Sestra vede nemocné k samostatnému životu a eliminuje vznik závislosti klienta na zdravotnickém zařízení. V péči o duševně nemocné klienty je vhodný model Orlandové nebo Peplauové. V modelu Orlandové funguje sestra jako pomocník při obnově psychické a fyzické pohody a také při identifikování problematických situací. Peplau postavila svůj ošetřovatelský model na interpersonálních vztazích a sestru viděla jako poradkyni, jež pomáhá nemocnému rozpoznat dysfunkční jednání a vést ho ke změnám (Hosák et al., 2015). Nutno podotknout, že nedostatky v ošetřovatelské péči nelze vykompenzovat vyšší kvalitou terapie či diagnostiky. Naopak důkladně a kvalitně prováděná ošetřovatelská péče může pomoci při potřebné změně terapeutického postupu či k upřesnění či pozměnění původní diagnózy (Hlinovská, 2009).

Mezi prací sester pracujících na psychiatrii lze také zařadit tvorbu a plnění ošetřovatelského procesu, vedení dokumentace, plánování ošetřovatelských plánů

a ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces lze chápat jako systémový komplexní výkon ošetrovatelské činnosti, přičemž největší důraz je kladen na individuální potřeby nemocného, na řešení jeho problémů a snaha předcházet jejich vzniku či dalšímu rozvoji. Ošetrovatelský proces je složen z určitých plánovaných činností, které vedou k určitému výsledku. V praxi si jej lze představit jako systematické plánování a poskytování ošetrovatelské péče, kde se za cíl klade zlepšení zdravotního stavu pacienta. Proces je složen z 5 částí a tím je zhodnocení/posuzování, kde sestra sbírá informace o pacientovi, přičemž hodnotí jeho zdravotní stav a hledá rizikové faktory, jež by mohly ovlivnit jeho zdravotní stav. Druhá část je diagnostika, v jejímž rámci sestra podle zjištěných informací stanoví existující i potencionální problémy pacienta. Dalším krokem je plánování, kdy sestra zhodnotí, jaké ošetrovatelské problémy musí být řešeny přednostně, jaké patří do jejich kompetencí a jaké je nutno ohlásit dalším členům zdravotnického týmu. V této fázi také sestra stanoví cíle, které povedou ke zlepšení zdravotního stavu pacienta, určí předpokládané výsledky a činnosti, jež povedou ke splnění cíle. Další, tedy 4. fáze procesu je nazývána realizace, při které dochází k realizaci stanovených cílů. Nutno zde sledovat, zda se nevyskytly nové zdravotní problémy či jestli není nutná změna činností vedoucích k určenému cíli. Poslední částí ošetrovatelského procesu je vyhodnocení, v němž se hodnotí, zda došlo ke splnění určených cílů. Pokud je cíl splněn, dojde k ukončení ošetrovatelského procesu, v opačném případě dochází k revizi plánu péče (Tóthová et al., 2014). Na tvorbu kvalitního a efektivního ošetrovatelského procesu je zapotřebí ošetrovatelská anamnéza. V psychiatrické péči je tvorba anamnézy velice důležitá. Sestra se při tvorbě anamnézy zaměřuje na oblasti, které může sledovat a vyhodnocovat. Lze tam zařadit například osobní údaje o nemocném, jeho identifikační údaje, stav výživy a hydratace, náhled na jeho zdravotní stav a motivaci k léčbě, vylučování, spánek, vnímání a poznávání, sebepojetí a zvládání stresu a zátěžových situací. Velice důležitou součástí ošetrovatelské anamnézy v psychiatrii jsou hodnotící škály. Prostřednictvím těchto škál může sestra potvrdit předpokládaný problém pacienta a zároveň může sledovat efektivitu naplánované a poskytované ošetrovatelské péče. V psychiatrických zařízeních jsou především důležité škály jako například hodnocení rizika sebevražedného jednání,

stupnice hodnocení psychického zdraví, geriatrická škála deprese či screening pro určení zvýšeného rizika pádu (Běhounek et al., 2014). Veškeré informace o vedení ošetrovatelské péče jsou zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace. Vyhláška č. 137/2018 Sb., o zdravotnické dokumentaci stanovuje minimální rozsah zdravotnické dokumentace, která musí obsahovat kontaktní údaje pacienta, písemný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, epikrízu, ve které je veden záznam o průběhu vyšetření a léčby. V případě, že hospitalizace trvá více než 7 dní, obsahuje epikríza i plán dalšího léčebného postupu. Epikríza se zaznamenává jednou za 7 dní, v případě dlouhodobé léčby stačí jednou za měsíc. Součástí dokumentace je také žádanka obsahující údaje o posledně zjištěném zdravotním stavu včetně laboratorních výsledků a výsledků z pomocných vyšetření, souhrn diagnóz, pro které byla pacientovi poskytována zdravotní péče a překladová či propouštěcí zpráva (Ministerstvo zdravotnictví, 2018).

Pokud je pacientovi indikován omezovací prostředek, musí být ve zdravotnické dokumentaci veden záznam, který zapisuje sestra i lékař. Při používání omezovacího prostředku je vedena i evidence, kde se vede podrobný záznam o použití omezovacího prostředku, tedy datum a čas zahájení a ukončení omezovacího prostředku, druh omezovacího prostředku, důvod, proč byl omezovací prostředek indikován a jméno osoby, která o omezovacím prostředku rozhodla (Švarc, 2008). Tvorba ošetrovatelských diagnóz je v převážné většině s pomocí klasifikačního systému NANDA International, kdy tento systém představuje taxonomii ošetrovatelských diagnóz. Je založena na struktuře 13 diagnostických domén vycházejících z funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové. Ošetrovatelská diagnóza je klinický závěr o reakcích jedince či skupiny na aktuální nebo potencionální zdravotní problém, na jejímž podkladě sestra určuje ošetrovatelské intervence k dosažení určeného cíle, jímž je zlepšení zdravotního stavu pacienta (Plevová et al., 2011). Na psychiatrických pracovištích jsou často používány následující diagnózy: strach (00148), sebepoškození (00151), riziko sebepoškození (00139), úzkost (00146), riziko sebevraždy (00150), riziko násilí vůči druhým (00138) a akutní zmatenost (00128) (Herdman et al., 2016).

1.5 Kompetence sester pracujících na psychiatrickém oddělení

Práce a výkony sester na psychiatrických odděleních jsou značně odlišné od standardních zdravotnických pracovišť, proto mají sestry na psychiatrii přiděleny určité kompetence a jejich práce obnáší jistá specifika.

Pojem kompetence lze přeložit jako „náležitý, příslušný, vhodný“ (Novotná et al., 2014). Hosák et al. (2015) považují za důležitý předpoklad soustavné doplňování odborných znalostí. Dle Ministerstva zdravotnictví, jež ve své reformě popisuje schéma aktuálního vzdělávacího procesu pro psychiatrické sestry, by měly na psychiatrii pracovat sestry, které mají ukončený vysokoškolský obor Všeobecná sestra nebo Vyšší odborné vzdělání v oboru Diplomovaná sestra. Z těchto oborů je možno studovat specializační vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Kompetence pro absolventy tohoto oboru zveřejnilo Ministerstvo zdravotnictví ve vyhlášce č. 31/2010 sb., kde je uvedeno, že sestra se specializačním vzděláním v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii má způsobilost k podílení se na zvyšování kvality a bezpečnosti ošetrovatelské péče, koordinovat práci členů ošetrovatelského týmu v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s duševní poruchou, edukovat pacienty s duševní poruchou, případně jejich blízké osoby v ošetrovatelských postupech a připravit pro ně informační materiál. Dále sledovat a vyhodnocovat stav s duševní poruchou, snažit se předcházet vzniku komplikací a podílet se na jejich řešení, plánovat a zajišťovat vysoce specializovanou péči o klienty s duševním onemocněním a identifikovat faktory ovlivňující kvalitu života klientů. Může také edukovat pečující osoby v zajištění péče o pacienty s duševní poruchou, provádět průzkumná šetření za účelem identifikace oblastí pro zlepšení kvality poskytované ošetrovatelské péče. Je také kompetentní provádět poradenskou činnost zaměřenou na problematiku ošetrování klientů s duševní poruchou a podílet se a vést teoretickou a praktickou výuku účastníků specializačního vzdělávání v oboru „Ošetrovatelská péče v psychiatrii“. Pro všechny sestry pracující na psychiatrii dále platí povinnost celoživotního vzdělávání, tj. certifikované a akreditované kurzy. „Kompetence ve smyslu činností, k jejich provádění je sestra oprávněna, jsou uvedeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotních

pracovníků. Ošetrovatelská péče v psychiatrii podle této vyhlášky naplňuje kritéria specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče.“ (Novotná et al., 2014, s. 37). Novotná et al. (2014) také popisují kompetence sester. Sestra sleduje projevy duševních poruch klientů, hodnotí potřeby klienta a také u jednotlivých klientů zapisuje průběh psychoterapie, relaxace, komunity a informace z individuálních pohovorů s klienty. Řadí tam dále vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti, kdy sestra musí být schopna rozpoznat známky zhoršení psychického stavu klienta a vyhodnotit, zda není nebezpečný pro sebe či své okolí. Dle toho může zajistit nezbytná opatření. Ošetrovatelská péče o klienta v omezení je další ze sesterských kompetencí. Sestra zde musí být schopna poznat, kdy je nezbytné použít omezovací prostředek a dále je pak zodpovědná za ošetrovatelskou péči klienta, na kterého byl omezovací prostředek použit. Zmiňují dále také poradenskou činnost, kdy je sestra kompetentní edukovat klienta o resocializaci a prevenci poruch duševního zdraví nebo situaci, kdy může sestra pod odborným dohledem lékaře či klinického psychologa zajišťovat psychologickou pomoc rodině klienta. Mezi další kompetence sester na psychiatrii lze zařadit v rámci zajištění bezpečného prostředí pro pacienty možnost odebrání rizikových předmětů. Nelze však odebrat veškeré potencionálně nebezpečné předměty, a tak úplná absence rizikových předmětů je na psychiatrii obtížně realizovatelná. Před odebráním je nutné pacientům vysvětlit důvod zabavení předmětů, jelikož se zabavování často setkává s nepochopením ze strany pacienta. Z psychiatrických pracovišť by měly být odstraněny ostré a skleněné předměty, zápalky a zapalovače, hořlavé látky, kabely, opasky, žiletky, břitvy a další nebezpečné předměty (Plevová et al., 2011).

1.6 Práce sestry ve vybraných adiktologických službách

Jak bylo řečeno v předchozí kapitole, sestra na psychiatrickém oddělení či v jiných adiktologických službách má důležité role a úkoly, jež pomáhají nemocnému jedinci efektivně zvládnout celý proces odvykací léčby. Modes et al. (2014) uvádějí specifika práce sester v detoxifikačním programu a při střednědobé odvykací léčbě.

1.6.1 Detoxikační léčba

Jde o krátkodobou lůžkovou akutní péči, která trvá zpravidla 3 týdny. Je poskytována jedincům, kteří potřebují předejít či léčit odvykací stav způsobený vysazením užívání návykových látek. Péče je možná pouze v případě, kdy nejsou ohroženy vitální funkce jedince. Detoxikační oddělení je součástí psychiatrických oddělení a nemocnic nebo může fungovat zcela samostatně (Standardy odborné způsobilosti pro poskytovatele adiktologických služeb, 2015).

Specifika práce sestry na detoxifikačním oddělení jsou zvládat somatické komplikace u závislých jedinců, podpořit klienta při psychických komplikacích spojených s odnětím návykové látky, jako je například craving či poruchy nálad a zajistit klientovi bezpečné prostředí, kde není možnost sehnat návykovou látku. K tomu se váže schopnost sestry zvládnout příjmovou proceduru tak, aby při kontrole osobních věcí klienta nepřehlédla možné návykové látky. Základem ošetrovatelské péče na detoxifikačním oddělení je monitorace vitálních funkcí u klienta s akutním odvykacím stavem, kontrola nad dostatečnou výživou, zajištění hygienické péče, podávání infuzní terapie, podávání medikace ordinované lékařem, sledování a zaznamenávání celkového psychického a fyzického stavu klienta. Sestra také musí znát práva klientů v situacích nedobrovolné hospitalizace a správné postupy při použití omezovacích prostředků dle indikace lékaře. Nezbytná je zde schopnost sestry správně a účinně edukovat pacienta a nabídnout a provádět podporu po celou dobu hospitalizace (Modes et al., 2014).

1.6.2 Střednědobá odvykací léčba

Střednědobá odvykací léčba je určena pro jedince závislé na alkoholu, jiných návykových látkách a pro patologické hráče (Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby, 2015). Jedná se o adiktologickou službu trvající zpravidla 5-14 týdnů. Může probíhat v různých typech zařízení, například na oddělení psychiatrických nemocnic a klinik, samostatných psychiatrických lůžkových zařízeních či na samostatných specializovaných odděleních všeobecných nemocnic. Ve všech těchto zařízeních jsou daná jasná pravidla, vnitřní

řády a denní program pro klienty. Základ této léčby se opírá o terapeutickou komunitu a strukturované aktivity s ní spojené, jako jsou skupinové psychoterapie, sportovní aktivity či pracovní terapie (Modes et al., 2014). Těchto aktivit se klient účastní v minimálním rozsahu 20 hodin týdně, rozdělených nejméně do 5 pracovních dnů (Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby, 2015). Indikace k přijetí provádí lékař ještě před přijetím pacienta na lůžko. Vhodné je, pokud si klient s sebou přiveze doporučení k léčbě, ovšem není to nezbytné. Lékařské vyšetření je provedeno při příjmu, nejpozději musí být hotové 24 hodin po přijetí a musí být zaznamenáno v dokumentaci klienta. Vyšetření zahrnuje komplexní somatické a psychiatrické vyšetření, základní laboratorní odběry potřebné pro komplexní vyšetření stavu klienta a dále může být dle potřeby indikováno vyšetření krve na HIV, graviditu, hepatitidy a pohlavně přenosné choroby. Také může být indikováno toxikologické vyšetření moče. Je nutné, aby klient podepsal informovaný souhlas a aby byl náležitě a srozumitelně poučen o pravidlech léčby, která by měl dostat i písemně vytištěná. Základní léčebný plán je zpracován lékařem do 48 hodin, kdy lékař vyhodnotí celkový somatický a psychický stav pacienta, případně nastaví farmakoterapii. O klienta se po dobu léčby stará multidisciplinární tým složený z lékařů, sester, psychologů a jiných adiktologických pracovníků. Klientovi je vedena zdravotnická dokumentace, kde je podrobně zaznamenáván průběh hospitalizace, zápisy z komunitních setkání a terapií. Propuštění klienta je předem plánováno společně s klientem s cílem zabezpečit pokračování léčebné péče ve formě doléčování či ambulantní nebo stacionární péči (Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby, 2015). Za konečný cíl střednědobé odvykací léčby je kladena úplná a důsledná abstinence (Modes et al., 2014).

Specifika práce sestry v programu střednědobé odvykací léčby jsou zejména znalost terapeutického řádu a vnitřních pravidel zařízení a také dohled nad tím, aby klienti tato pravidla neporušovali a striktně je dodržovali. Mezi specifika patří dále také edukace pacientů, podpora pacientů s ohledem na jednotlivé fáze detoxifikačního programu. Sestra dále nese odpovědnost za podávání léků ordinovaných lékařem a za měření fyziologických funkcí (Modes et al., 2014).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1:

Zjistit a popsat specifika práce se závislými klienty u sester pracujících na psychiatrickém oddělení.

Cíl 2:

Zjistit a popsat specifika práce sester pracujících s klienty v programu detoxikačního oddělení.

Cíl 3:

Zjistit a popsat specifika práce sester pracujících na lůžkovém pro střednědobou odvykací léčbu.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1:

Jaká jsou specifika práce se závislými klienty u sester pracujících na psychiatrickém oddělení?

VO 2:

Jaká jsou specifika práce sester pracujících s klienty v programu detoxifikačního oddělení?

VO 3:

Jaká jsou specifika práce sester pracujících na lůžkovém oddělení pro střednědobou odvykací léčbu?

3 Metodika práce

3.1 Použité metody

Pro zpracování této bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního šetření, konkrétně metoda dotazování, jako technika sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor byl zvolen pro svou výhodu částečné formulační volnosti, která dovoľovala vyšší míru individuálního přístupu, a tím pádem vyšší míru spontaneity u dotazovaných sester. Tato forma rozhovoru patří k časově náročnějším, zejména na administraci, avšak pro respondenty je přirozenější (Jedlička et al., 2018). Výzkumné šetření probíhalo ve 3 zařízeních psychiatrických nemocnic, spadajících do Jihočeského a Plzeňského kraje, po domluvě s vrchními a staničními sestrami. Dotazované sestry byly informovány o účelu a také o anonymitě rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a uskutečnily se v denní místnosti sester a také na sesterně. Každý rozhovor trval v průměru 20 minut. Podkladem pro rozhovor bylo 20 otázek (viz Příloha 1), z čehož prvních 6 otázek bylo zaměřeno na identifikační údaje sester (viz Tabulka 1). Následující otázky byly zaměřené na specifika práce, kompetence práce sester a na běžný chod oddělení střednědobé odvykací léčby. Z důvodu anonymity jsou sestry označeny jako S1 až S8. Zpracování dat probíhalo redigovanou transkripcí a otevřeným kódováním. Otevřené kódování pomohlo veškeré získané údaje analyzovat a porovnat. Porovnáním byly zjištěny rozdíly a podobnosti v údajích, které mohly být následně zkoumány (Kutnohorská, 2009).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor na oddělení střednědobé odvykací léčby tvořilo 8 sester a na detoxifikační jednotce jej tvořilo 5 sester. Každá ze sester má vystudovanou střední zdravotnickou školu, z toho 3 sestry mají psychoterapeutický výcvik pro sestry v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno, se specializací Ošetřovatelství v psychiatrii. Délka působení na psychiatrickém oddělení se střednědobou odvykací léčbou se pohybovala od 2 do 33 let. 2 z 8 dotazovaných sester

pracovaly pouze na psychiatrii, jedna sestra pracovala dříve na kardiochirurgii, další sestra uvedla jako předchozí zaměstnání dětské oddělení a další sestra uvedla jako předchozí zaměstnání neonatologii, dětské oddělení a transfúzní stanici. Dále další z dotazovaných sester uvedla jako předchozí praxi chirurgické oddělení a chirurgický sál, další uvedla domov pro seniory, a nakonec poslední sestra uvedla plicní oddělení, ONP a ARO. Pro lepší přehlednost byla vytvořena tabulka s identifikačními údaji (viz Tabulku 1). Výzkumný soubor na detoxifikačních jednotkách tvořilo pět sester. Každá ze sester má vystudovanou střední zdravotnickou školu, z toho jedna sestra vystudovala Vyšší odbornou školu, obor Všeobecná sestra, DiS. Tři sestry absolvovaly psychoterapeutický výcvik pro sestry v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno, se specializací Ošetřovatelství v psychiatrii. Délka působení sester na detoxifikační jednotce se pohybovala od 3 do 20 let. Každá z dotazovaných sester působila dříve na jiných pracovištích. Tři sestry pracovaly dříve na chirurgickém oddělení, z toho jedna sestra pracovala ještě na interním oddělení a u praktického lékaře. Další sestra uvedla jako předchozí praxi neurologické oddělení a poslední sestra uvedla interní oddělení. Pro lepší přehlednost byla vytvořena tabulka s identifikačními údaji (viz Tabulka 2).

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje sester

Tabulka 1 – Identifikační údaje sester pracujících na pracovišti střednědobé odvykací léčby

Identifikace sester	Nejvyšší dosažené vzdělání	Doba praxe na psychiatrickém oddělení	Předchozí praxe	Specializační vzdělání v oboru ošetrovatelská péče v psychiatrii
S 1	Středoškolské	4 roky	Kardiologie	Ne
S 2	Středoškolské	20 let	Dětské oddělení	Ano
S 3	Středoškolské	33 let	X	Ano
S 4	Středoškolské	26 let	Dětské oddělení Neonatologie Transfúzní stanice	Ano
S 5	Středoškolské	32 let	X	Ne
S 6	Středoškolské	2 roky	Chirurgické oddělení Sálová sestra	Ne
S 7	Středoškolské	2,5 roku	Domov pro seniory	Ne
S 8	Středoškolské	8 let	Plicní oddělení ONP ARO	Ne

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Tabulka 2 – Identifikační údaje sester pracujících na detoxifikačních jednotkách

Identifikace sester	Nejvyšší dosažené vzdělání	Doba praxe na psychiatrickém oddělení	Předchozí praxe	Specializační vzdělání v oboru ošetrovatelská péče v psychiatrii
S 9	Středoškolské	3 roky	Chirurgické oddělení	Ne
S 10	Vyšší odborné	8 let	Chirurgické oddělení Interní oddělení Sestra u praktického lékaře	Ne
S 11	Středoškolské	10 let	Chirurgické oddělení	Ano
S 12	Středoškolské	20 let	Neurologické oddělení	Ano
S 13	Středoškolské	12 let	Interní oddělení	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Na základě získaných dat byly vytvořeny 3 kategorie a ty byly následně rozděleny na 7 podkategorií.

Kategorie 1a: Specifika práce sester na psychiatrickém oddělení

Podkategorie 1a: Specifika práce na oddělení střednědobé odvykací léčby

Podkategorie 2a: Rozdíl ve spolupráci s pacientem s duševním onemocněním a pacientem na standardním oddělení.

Kategorie 2a: Kompetence sester

Kategorie 3a: Chod oddělení

Podkategorie 1a: Režim oddělení / denní řád

Podkategorie 2a: Harmonogram práce sestry

Podkategorie 3a: Organizační systém péče a metody léčby

Podkategorie 4a: Sesterské aktivity

Podkategorie 5a: Zabezpečení psychoterapeutické péče a zajištění psychoterapeutického režimu oddělení

4.2 Specifika práce sester na psychiatrickém oddělení

Kategorie specifika práce sester na psychiatrickém oddělení byla zaměřena na obecnou představu sester o tom, jaká specifika přináší práce na takto specifickém oddělení. Sestry (S1-S5 a S7) se shodly na tom, že sestra by měla být hlavně empatická a trpělivá. „Musí se hlavně dohlížet na dodržování řádů“, uvedla sestra 1. Podobný názor měla i sestra 2: „Tak sestra musí být hlavně empatická, trpělivá, musí dohlížet na dodržování řádu, musí vědět nežádoucí účinky léků.“ Sestra 3 uvedla kromě již zmíněných věcí také jiné. „Musí znát režim oddělení, musí rozeznávat pacienty podle diagnóz a mít přehled o tom, kdo spadá do režimové léčby.“ Sestra 5 uvedla ještě klidnou povahu a nutnost organizačních schopností sestry a sestra 7 trpělivost, porozumění a pomoc. „Z mého

pohledu je to empatie, vzdělání, rozvaha, nevybušnost,“ uvedla sestra 4. Sestra 6 odpověděla takto: *„Takže, práce na psychiatrickém oddělení se liší od normálního oddělení třeba v tom, že kontrolujeme pacienty, co se týče alkoholu a drog, kontrolujeme jim stolky, úklid, že pacienti si sami uklízí, kontrolujeme, co dělají ve volném čase.“* Sestra 8 mi odpověděla takto: *„No, je to hlavně o komunikačním umění a možná je to z pohledu té psychiky trochu náročnější než na jiných odděleních i když ta práce s lidmi je samozřejmě všude, ale řekla bych, že je to náročnější. Více náročné na psychiku, méně na fyzično.“*

4.2.1 Specifika práce na oddělení střednědobé odvykací léčby

Cílem této otázky bylo zjistit, jaká jsou specifika v péči o závislé klienty na jejich pracovišti.

Sestra 2 řadí mezi specifika detekční zkoušky na alkohol a drogy. *„Můžeme kdykoli zkontrolovat detekční zkouškou, jestli pacienti během vycházky nepožili alkohol nebo jiné psychoaktivní látky, děláme jim pravidelně testy na přítomnost těchto látek v moči, nebo v krvi občas. Musíme kontrolovat, jestli dodržují režim závislých.“* Toho názoru je i S1 a S8. Sestra 4 uvedla: *„Zapojení do pracovní terapie, psychoterapie, různé komunitní aktivity.“* Sestra 3 jako jediná uvedla také pozorování pacientů. *„No tak je to trochu jiná práce než na normálních odděleních, musíme důsledně dohlížet na užívání léků, rozeznávat změny v chování, observace pacientů.“* Sestra 5 zmínila vše, co již bylo řečeno předchozími sestrami, pouze zmínila dodržování pravidel. Jiný úhel pohledu měla sestra 6: *„...To si myslím, že je v tom, že se víc zaměřujeme na tu psychoterapeutickou část, a více si s pacienty povídáme než na odděleních, kde je spíš lékařská a ošetrovatelská péče.“* Sestra 7 neviděla rozdíl mezi otázkou č. 7 a č. 8.

4.2.2 Rozdíl ve spolupráci s psychiatrickým pacientem s duševním onemocněním a pacientem na standardním oddělení

Zde se sestry (S1, S2, S5) shodují na bezpečnosti práce. Sestra 1 řekla: *„Člověk na ně musí dohlížet, očekávat, že se budou chovat jinak.“* Sestra 2 se k tomu vyjádřila takto: *„Jak už jsem říkala, musíme být hlavně trpělivý a empatický, protože práce*

s psychotickými pacienty je zase psychicky náročnější než na jiných odděleních normální péče.“ Sestra 4 nezmínila bezpečnost, ale rozdíl v povinnostech: *„Určitě v dodržování režimu, udržovat pořádek na pokoji, povinná účast na všech aktivitách.*“ Jiný úhel pohledu měla sestra 6: *„Ano, takže na standardním oddělení se více zabývají ošetrovatelstvím, tady spíše tou psychoterapeutickou prací, léčbou.* Sestra 7 odpověděla takto: *„Je to režimová terapie, musí dodržovat režim.*“ Odpověď sestry 8 zněla takto: *„No, to si právě myslím, co se týče té psychiky a té tolerance a toho, že jsou trochu na jiné laťce.*“

4.3 Kompetence sester na psychiatrickém oddělení

Clem této otázky bylo zjistit, co sestry pracující na psychiatrickém oddělení považují za své kompetence. Jejich odpovědi byly podobné. Sestra 1 odpověděla: *„Podávání léků, vedení dokumentace, provádění ošetrovatelské péče, sledování pacientů a rozeznávání změn v jejich chování.*“ Sestra 2 odpověděla takto: *„Musím pozorovat pacienta, jak se chová, když se podávají léky, jaké jsou změny v jeho chování, pozorovat třeba nežádoucí účinky, které by se u něj mohly vyskytnout, to je potřeba hlásit lékaři. Musí se vědět hlavně o používání omezovacích prostředků, důležitá je také kontrola osobních věcí, aby u sebe pacienti neměli léky nebo věci, se kterými by se mohli poškodit.*“ Sestra 3 ještě dodala: *„Tak vedení dokumentace, reagovat na změny v chování, to se týká tedy omezovacích prostředků, které vždy určuje lékař, kontrola osobních věcí.*“ Jediná sestra 4 uvedla mimo jiné i ošetrovatelské diagnózy: *„Určovat správné ošetrovatelské diagnózy, edukovat pacienty v podávání léků, podávání infuzní terapie.*“ Sestra 6 uvedla: *„Tak moje kompetence zdravotní sestry jsou buď ty ošetrovatelské, to znamená třeba rozdávání léků, nějaký drobný ošetřování, když potřebují pacienti, a potom ty terapeutické, to většinou oni chodí na ty psychoterapie, ale jako když je třeba, tak jako taky sestřička pohovoří s pacienty a snaží se jim pomoci nebo poradit.*“ Sestra 8 uvedla: *„Kompetence, který spadají do zdravotní péče jako všeobecná sestra. Terapeut nejsem, a pokud chodím na skupiny, tak chodím vždy s terapeuty.*“ S (5, 7) uvedly pouze podávání léků a pomoc pacientům. Další otázka ohledně kompetencí změna, jestli by sestry uvítaly kompetenci, kterou doposud nemají. S (1, 2, 3, 5, 6, 7) se

shodly v tom, že žádnou. Sestra 3 odpověděla: „*Já osobně bych uvítala ukončit hospitalizaci při nevhodném chování pacienta.*“ Překvapivá odpověď byla od sestry 8: „*My chceme dělat muzikoterapii začít, to bychom rády.*“

4.4 Chod oddělení

Tato kategorie byla rozdělena na několik podkategorií, týkajících se chodu oddělení střednědobé odvykací léčby. Rozhovor začínal obecnými otázkami ohledně hospitalizace pacientů s nejčastější závislostí pacientů. Ohledně závislostí se odpovědi všech sester shodovaly, nejčastěji převládá alkohol a drogy. Pouze S (2, 4, 7) uvedly jinou závislost. Sestra 2: „*Závislost hlavně na alkoholu, na drogách, občas na automatech.*“ Automaty uvedla také sestra 7: „*Takže gamblerství, alkoholismus, toxicismus.*“ Sestra 4 uvedla také závislost na lécích. Ohledně doby hospitalizace se sestry (S 1, 3, 4, 5) shodly, buď 6 týdnů, nebo 3 měsíce. Odlišná odpověď zazněla od sestry 2: „*U závislých pacientů to bývá 6 týdnů až 3 měsíce, gerontopacienti tady bývají třeba i 4 měsíce, deprese tak 2 měsíce.*“ Sestra 6 uvedla: „*Průměrně si myslím 4 měsíce.*“ Sestra 7 odpověděla: „*3–5 měsíců.*“ Sestra 8 uvedla toto: „*Od 2 měsíců do 6 měsíců.*“

4.4.1 Režim oddělení/denní řád

Tato podkategorie měla za cíl zmapovat režim oddělení/denní řád pro pacienty. Zde byly odpovědi sester podobné, pouze jedna sestra popsala režim přesně od rána do večera. Například odpověď sestry 5 byla strohá: „*Jsou to lékařské vizity, individuální pohovory s psychologem, podávání stravy 5x denně a dohled nad dodržováním nočního klidu.*“ Sestra 4 odpověděla takto: „*Budíček, snídaně, podávání léků, komunita pacientů, podávání oběda, pracovní terapie, arteterapie.*“ Sestra 3 režim dne popsala takto: „*No, zase záleží na tom, jestli je pacient v režimové léčbě, tak je to trochu odlišné od těch ostatních diagnóz. S režimovou léčbou platí, že se musí zúčastňovat rozcvičky, potom je snídaně, pracovní terapie, různé skupiny, komunita, a další aktivity, které mají*

povinné. Při nedodržování hrozí bodový postih.“ Sestra 2 jako jediná zmínila vycházky a večerku: „Režim oddělení má pacient vytisknutý venku, týká se to dodržovat pravidelně podávání snídaně, podávání léků, dále se zúčastní aktivit pro závislé, jako jsou skupiny, komunity, pravidelně dodržovat dobu vycházek a večerku.“ Sestra 1 režim oddělení popsala takto: „Tak ráno probíhají odběry, úklid oddělení, hygiena pacientů, potom podávání léků, vizity, probíhají pracovní terapie, skupiny, psychoterapie, potom se podávají zase polední léky, pak probíhají odpolední skupiny a pracovní terapie, snídaně, oběd, večeře, svačina a potom odpolední klid.“ Rozsáhlou odpověď jsem dostala od sestry 6: „Režim oddělení, no tak ten je daný, týdenní režim, denní řád je také daný, některé věci jsou stejné, některé věci se mění podle dnů v týdnu, takže ráno se začíná budíčkem, někdy ještě před budíčkem se kontrolují moče u některých pacientů. Pak se chodí na snídání, rozdávají se ráno léky, dopoledne je nějaká činnost, první je vždycky ranní komunita, potom je buď pracovní terapie, nebo psychoterapie, skupiny, pak je oběd, zase se rozdávají léky. Odpoledne je taky nějaká činnost, většinou se to střídá s pracovní terapií a psychoterapií, odpoledne pak mají pacienti volný čas, večeře, po večeři jsou zase léky, pak večer je volno, v 9 hodin jsou pak rajony, večerka.“ Sestra 7 se vyjádřila podobně jako sestra 6, pouze dodala: „Mají to rozdělený hodinově, takže každá skupina je odlišná a oni to ví, protože mají každý u sebe ten rozpis.“ Sestra 8 uvedla: „Začínají rozcvíčkou, pokud je daná, bývá nárazově. Pak mají povinnost uklidit si svoje věci, svoje pokoje. Jdou na snídání, mají komunity, společný, skupinový. Je to rozdělený, chodí do pracovní terapie. Mají tam samozřejmě osobní volno, píšou si deníky, mají různé aktivity, co se týče cvičení, chodí do posilovny.“

4.4.2 Harmonogram práce sestry

Další podkategorie měla zmapovat harmonogram práce sestry na oddělení střednědobé odvykací léčby. Sestry se vesměs odkazovaly na harmonogram vytvořený vrchní sestrou. Odpověď sestry 1 zněla takto: „Tak 3x týdně jsou odběry, na každou směnu, ranní, odpolední, noční, je od vrchní sestry určen seznam určitých prací, který se každý den provádí.“ Sestra 2 odpověděla takto: „Pravidelně se tady odebírá 3x v týdnu krev, provádí se tady vizity jak velké, tak malé, podáváme léky, infuze, kontrolujeme

pacientům noční stolky a osobní věci, podáváme jim stravu.“ Stručná odpověď zazněla od S (4, 5). Sestra 4 odpověděla: *„Podávání léků, ranní, polední, večerní, vedení dokumentace, dohled nad hygienou pacientů a převlékáním do čistého prádla.*“ Sestra 5 zmínila pouze podávání léků a hygienu pacientů. Sestra 3 se také odkázala na harmonogram: *„Tak od vrchní sestry je připraven harmonogram, který je rozdělen do ranních, odpoledních a nočních služeb, no ať se to týká odběrů, kontroly stolků, úklidu, zpracovávání dokumentace, tak je vlastně všechno v těch harmonogramech.*“ Sestra 6 uvedla harmonogram takto: *„Tak harmonogram práce sestry se odvíjí od toho režimu oddělení a od toho denního řádu, od toho, co dělají pacienti. Takže rozdávání léků, nástupy s pacienty, kdy kontrolujeme jejich počet, chodíme s pacienty na jídlo, kontrolujeme taky úklid pokojů a chování pacientů.*“ Odpověď sestry 7 zněla takto: *„No harmonogram, ráno přijdete a přijmete službu, hlášení a řídíte se podle toho rozpisu. Ranní komunity, nástupy na stravu, tam vlastně počítáte klienty, odvádíte je a musíte mít neustálou kontrolu nad nimi.*“ Sestra 8 uvedla: *„V podstatě od podávání léků, administrativy a kontrola vlastně oddělení, kontrola, kde se nachází pacienti, kteří zůstali na oddělení, po vyzvednutí pošty, nafasování lékárny, aplikace injekcí.*“

4.4.3 Organizační systém péče a metody léčby

Tato kategorie měla zdokumentovat, jaký je na oddělení zaveden organizační systém sesterské péče a metody léčby. Co se týče organizačního systému sesterské péče, odpovědi sester se shodovaly a každá uvedla funkční systém. Sestra 4 odpověděla takto: *„Uplatňujeme zde funkční systém, každý pracovník se drží svých kompetencí.*“ Odpověď sestry 3 zněla takto: *„Uplatňujeme funkční systém, kdy vlastně podle kompetencí se všichni ti zaměstnanci starají o všechny pacienty.*“ S (5, 1, 6, 7, 8) uvedly pouze funkční systém, dále svou odpověď nerozváděly. Sestra 2 popsala organizační systém asi nejvíce detailně: *„Je to funkční systém ošetrovatelské péče, každý člen ošetrovatelského týmu provádí výkony dle svých kompetencí, ať už je to zdravotní sestra nebo sanitářka, každá z nás máme svůj systém, který musíme dodržovat.*“ Co se týče metod léčby, sestry se shodly v režimové léčbě, a některé sestry odpověď rozvedly.

Sestra 4 odpověděla takto: „*Léčba je to režimová, psychoterapie a farmakologická léčba.*“ Sestra 5 odpověděla téměř stejně: „*Režimová, psychoterapie a farmakologická.*“ Odpověď sestry 3 takto: „*U nás se uplatňuje hlavně režimová léčba, protože naše oddělení je s převahou léčby závislostí.*“ Sestra 2 popsala metodu léčby takto: „*Tak hlavně prioritní je tady farmakologická léčba, to znamená ať už ve formě infuzí nebo per os léků, dále je důležitá pracovní terapie, kdy s terapeutkou chodí na oddělení, na arteterapii nebo na venkovní terapii, důležitá je tady taky psychoterapie, ať už individuální nebo skupinová.*“ Odpověď sestry 1 byla podobná: „*Farmakologická, což je podávání léků, terapie, což jsou arteterapie nebo pracovní terapie v zahradě, v dílnách, a pohovory s psychology.*“ Sestra 6 uvedla léčbu režimovou a komunitní a S (7, 8) pouze režimovou.

4.4.4 Sesterské aktivity

Cílem této kategorie bylo zjistit, jakých aktivit se sestry aktivně zúčastňují nebo je vedou a také to, jakým způsobem si doplňují vědomosti a znalosti v oboru. Nejprve byl položen dotaz na aktivity. S (2, 6, 7, 8) uvedly účast na komunitách, další odpovědi se lišily. Sestra 2 odpověděla takto: „*Hlavně péče o ty pacienty, abychom je hodně sledovaly a pozorovaly jejich chování.*“ Odpověď sestry 3 zněla: „*Zúčastňuji se vizit a komunit.*“ Sestra 4 odpověděla: „*Vedu edukační skupiny pro závislé pacienty.*“ Sestra 6 uvedla: „*Tak účastním se každý den ranních komunit, potom v týdnu podle plánu volné tribuny nebo hodnotící skupiny, potom ještě nějaké nástupy na sále.*“ Sestra 7 odpověděla takto: „*Ranní komunity, nástupy, můžete se jít podívat na skupiny, ale ty si vedou terapeuti.*“ Sestra 8 uvedla: „*Tak chodím na skupiny, na arteterapii, pokud mi to tedy moje práce povoluje a chtěly bychom rozjet tu muzikoterapii.*“ Překvapivě S (1, 5) nevedly žádnou aktivitu. Na dotaz ohledně doplňování znalostí a vědomostí v oboru byly odpovědi sester podobné. Sestra 3 odpověděla: „*Tak školení, odběr časopisů se zdravotnickou tematikou.*“ Sestra 1 uvedla: „*Doplňuji si jen z časopisů odborných, jinak nijak.*“ S (4, 5, 6) uvedly pouze přednášky a semináře. Více aktivit uvedly S (2, 7, 8). Sestra 2: „*Pravidelně čtu časopisy odborné, sleduji pořady v televizi, zúčastňuji se školení, kurzů.*“ Sestra 7 odpověděla takto: „*Kurzy, nastavbová*

studia, internet, knihy.“ Sestra 8 uvedla: *„Tak samozřejmě odbornou literaturou, odeírám časopis Psychiatrie, nějaké knížky sem přečetla, jezdíme po seminářích, který jsou konkrétně na psychiatrii.“*

4.4.5 Zabezpečení psychoterapeutické péče a zajištění psychoterapeutického režimu oddělení

Na tuto otázku jsem dostala opět podobné odpovědi. Sestra 5 uvedla: *„To zajišťují psychologové.“* Stejného názoru byla i S (2, 4, 8) Sestra 4: *„Psychoterapeutický režim nezajišťuje sestra, ale psychologové.“* Sestra 2: *„Psychoterapeutický režim oddělení tady zajišťují hlavně psychologové a terapeuti.“* Sestra 1 odpověděla takto: *„Já žádným.“* Dále sestra 3 odpověděla jinak: *„Jsou to porady s celým týmem, od primářky, lékařů, psychologů, terapeutů i sester.“* Sestra 6 odpověděla takto: *„Psychoterapii provádí psychologové, a já se podílím tak, že dokážu něco pacientům poradit, nebo si s nimi krátce promluvit.“* Terapeuty nezmínila pouze sestra 7 a odpověděla takto: *„Dohled, zvýšený dohled.“*

Další část je tvořena s výzkumem na detoxifikační jednotce. Na základě získaných dat byly vytvořeny 3 kategorie a ty byly následně rozděleny na 7 podkategorií.

Kategorie 1b: Specifika práce sester na psychiatrickém oddělení

Podkategorie 1b: Specifika práce na detoxifikační jednotce

Podkategorie 2b: Rozdíl ve spolupráci s pacientem s duševním onemocněním a pacientem na standardním oddělení.

Kategorie 2b: Kompetence sester

Kategorie 3b: Chod oddělení

Podkategorie 1b: Režim oddělení/denní řád

Podkategorie 2b: Harmonogram práce sestry

Podkategorie 3b: Organizační systém péče a metody léčby

Podkategorie 4b: Sesterské aktivity

Podkategorie 5b: Zabezpečení psychoterapeutické péče a zajištění psychoterapeutického režimu oddělení.

4.5 Specifika práce sester na psychiatrickém oddělení

Tato kategorie měla zmapovat obecnou představu sester pracujících na psychiatrickém oddělení o specifikách na tomto pracovišti. S (9, 10, 11) uvedly jako hlavní specifikum individuální přístup k pacientovi. Sestra 9: „*Specifika? No tak to je hodně individuální přístup, třeba u nás na oddělení určitě.*“ Takto odpověděla sestra 10: „*Tak tady se musí určitě rozumět problematice závislosti a ten člověk se musí opravdu brát jako člověk, tady se s nimi hodně povídá, je to založený na individuální terapii, na vlastně vzhledu do jeho duše, do pochopení závislosti. Není to tak, že tady někomu zalepíme ránu a je zdravý, to je běh na dlouhou trať ta terapie. Tak nějak pochopení toho člověka, naučit se s ním pracovat. Nevím, jsou tam zařazený i jejich obrany, manipulace, musíme se v tom vyznat. A v diagnózách jako takových, když jsou psychotický, nebo schizofrenický, je tam nějaká individuální péče, nezvládnou to, co normální pacienti.*“ Sestra 11: „*No hlavně individuální péče tady je, oproti režimovému oddělení je tu detoxifikace, kterou jiná oddělení nemají. To je tady hodně speciální.*“ S (12, 13) se ve svých odpovědích zaměřily spíše na dohled nad pacienty. Odpověď sestry 12 zněla: „*Neustálý dohled nad pacienty, nad užíváním jejich léků, to je takový specifikum. Neustálá monitorace psychického stavu.*“ Sestra 13 odpověděla podobně: „*Větší kontrola toho, co mají přineseného, aby při pobytu neužívali návykové látky. Důsledný přístup k pacientům.*“

4.5.1 Specifika práce na detoxifikační jednotce

Cílem této otázky bylo zjistit, jaká jsou specifika v péči o závislé klienty na jejich pracovišti.

S (9, 11) se opět shodly na individuálním přístupu k pacientům. Sestra 9: „*Tady u nás je speciální to, že k tomu pacientovi opravdu přistupujeme individuálně, proto je to oddělení 3D, bereme ho z pohledu ze všech stran. A bereme v potaz to, že mají ještě nějakou duální diagnózu, takže třeba těm schizofrenikům se věnujeme daleko intenzivněji, líp, a tu individuální péči tam opravdu směřujeme.*“ Odpověď od sestry 10

byla zajímavá a rozsáhlá: „*Děláme tady namátkové kontroly, testujeme pacienty na přítomnost návykových látek, potom se tady dodržují určitá pravidla, kdy třeba pacienti nesmí navštěvovat opačné pohlaví, protože oni samozřejmě vnímají sex jako určitou náhradu. Oni se vlastně odměňují tím, že když si nemůžou dát tu drogu, tak si tady vyhledávají sex. Tak si myslím, že tohle je třeba ohlídat. Ženy edukujeme k tomu, aby prostě ten sex měly bezpečný, protože jsou tady závislí, kteří jsou nemocní, buď jsou tady HIV pozitivní, žloutenky, pohlavně nakažlivé nemoci. Prodávají se tady i prezervativy, protože víme, že tomu zabránit nemůžeme, ti lidé jsou svéprávní, dospělí. Potom je vlastně učíme nastavení si nějakého režimu, životního stylu, který oni léta neměli. Neznají práci, nemají kde bydlet, takže my je tady naučíme, jak se o sebe postarat.*“ Odpověď sestry 11 zněla: „*Tak ta individuální péče je tady nejvíc specifická, to na oddělení není, to se bude teprve zavádět. Je to jen tady, takže je to hodně specifické.*“ Sestra 13 měla na specifika úplně jiný pohled: „*Prostě sledovat je, snažit se je edukovat, pomáhat jim, ale to je všechno špatný, vrací se. Nepomáhá to, vrací se hodně, znám jen málo těch, kteří se vyléčili. Když je závislost na alkoholu, tak se dost často vrací znova a znova.*“ Sestra 12 uvedla pouze důsledný režim a spolupráci.

4.5.2 Rozdíl ve spolupráci s pacientem s duševním onemocněním a pacientem na standardním oddělení

Na tuto otázku mi každá ze sester odpověděla jinak. Sestra 9: „*No asi úplně ve všem. V nemocnici jsou ti lidé nemocní a je to vidět. Tady v těch hlavách, co se jim honí, nikdy nevíme.*“ Odpověď sestry 10 zněla takto: „*No je hodně jiná. To jsou pacienti, kteří jsou závislí, ta závislost je celoživotní, takže ta práce s nimi je o trpělivosti, o vlnivosti, o vstřícnosti k těm lidem.*“ Názor sestry 11 byl takový: „*Tak psychiatrická péče je rozdílná oproti normální nemocnici v tom, že s pacienty nejvíc hovoříme, že se zde léčí slovem.*“ Sestra 12: „*Někdy je s nimi horší domluva a reagují jinak než ostatní pacienti.*“ Zajímavý názor měla sestra 13: „*Jiná no, spolupráce, mě se zdá, že je tam důležitá ta věc, že když se sem vrátí pacient, který už člověka zná, že se s ním naváže líp ta spolupráce. Když vás zná, ne jako když přijde do nového prostředí. Takže ti, kteří*

se sem vrací, spolupracují líp. Jiné je, když je pacient v horším stavu, ať v psychickém nebo fyzickém, ale pokud je motivovaný spolupracovat, tak podle mě se s ním spolupracuje líp než na normálním oddělení.“

4.6 Kompetence sester

Cílem této otázky bylo, co všechno sestry pracující na detoxifikační jednotce vnímají jako své kompetence. Odpovědi (S 9, 13) byly podobné. Sestra 9: *„Jako normálně má všeobecná sestra, úplně všechny, podle mě je to asi stejné.“* Sestra 13 měla podobný postoj: *„Moje kompetence je to, co dělá všeobecná sestra.“* Obsáhlou odpověď jsem dostala od sestry 10: *„Tak já jsem kompetentní k tomu, abych při příjmu toho pacienta zmapovala jeho anamnézu, s tím že určuji, jestli je nebo není sebevražedný, jestli je psychotický, jestli jsou tam nějaké známky toxické psychózy, delirium, takže k tomu jsem určitě kompetentní, abych to předala dál. Jsem kompetentní k tomu podávat léky, injekce, jak intravenózní, tak intramuskulární, mám právo jako case manager vlastně právo veta. Když někdo rozhodne, že pacient půjde na normální oddělení, tak já mám právo říct, jestli ten pacient půjde nebo nepůjde na normální oddělení.“* Sestra 11 odpověděla: *„Já mám na starosti vedení chodu tohoto oddělení. Já musím zkoordinovat práci pacientů a sestřiček, který jsou na oddělení, aby každý měl individuální péči. Jak jsme individuální, tak tady každá sestřička má přibližně 2–3 pacienty, kteří jsou jako case management, takže když jsme ve službě, tak s těmi pacienty potřebujeme hovořit, takže já musím zkoordinovat, aby to šlo s ostatními programy.“* Odpověď sestry 12 zněla takto: *„To je hrozně široký pojem. To vychází ze zákonů, co můžeme a nemůžeme a dělí se to podle dosaženého vzdělání.“*

4.7 Chod oddělení

Tato kategorie byla rozdělena na několik podkategorií, týkajících se chodu oddělení detoxifikační jednotky. Rozhovor začínal obecnými otázkami ohledně hospitalizace pacientů s nejčastější závislostí pacientů. Co se týče závislostí, odpovědi všech sester

shodovaly, nejčastěji převládá alkohol a drogy. Sestra 9 odpověděla nejvíce obsáhle: „Jsou tady toxikomani, alkoholici a gambléři. A pak k tomu k tomu mají tedy duální diagnózy typu schizofrenie, maniodeprese, většinou ti schizofrenici no.“ Sestra 12 zmínila i konkrétní drogy: „Nejčastěji alkohol, potom často marihuana, pervitin.“ Další otázka byla zaměřena na dobu hospitalizace pacientů na detoxifikační jednotce. Každá se sester udala rozdílnou odpověď. Sestra 9 odpověděla takto: „Tak to je taky hodně individuální, protože my fungujeme jako detox, jako klasickéj průtokáč, kdy se lidi vydetoxifikují a jdou na standardní oddělení. A pak jsou tady pacienti, kteří zůstávají u nás na oddělení 3D. A to jsou právě ti pacienti typu schizofreniků, kteří by nezvládli ten režim toho oddělení. Pak jsou tu pacienti na krátkodobou léčbu, kteří nemají čas na to, mají třeba jen 5 týdnů a nemá smysl je dávat na standardní oddělení, tady se jim věnujeme intenzivněji.“ Odpověď sestry 10 zněla takto: „Průměrná doba tak ty 2 měsíce.“ Nejvíce konkrétní odpověď poskytla sestra 11: „Část je detoxifikační, tak to poskytujeme pacientům přibližně týden až 14 dní, podle toho, jakou mají závislost, opiátová je delší. Nebo potom máme rezidenty, kteří jsou tady standardní dobu, ty 3–4 měsíce.“ Sestra 12: „Většinou do 10 dnů.“ Odpověď bez konkrétní uvedené doby podala sestra 13: „Někdy proběhne ten detox a když nechtějí pokračovat v léčení, tak jdou domů. Někdo třeba jenom, když ho přivezou v opilosti, tak se spočítá, jak dlouho bude mít v sobě ten alkohol, a pokud tam není psychiatrická indikace a nechce se léčit, tak jak to z něj odejde, tak jde domů.“

4.7.1 Podkategorie: Režim oddělení / denní řád

V této podkategorii bylo cílem zmapovat denní řád pacientů na detoxifikační jednotce. Sestra 9 popsala spíše dopolední řád: „Ráno máme budíček v půl 7, v 7 hodin jsou na léky. V půl 8 jdou na snídání, v 8 hodin máme komunitu ranní. Je to trochu širší komunita než na klasickém oddělení, trvá třeba hodinu a půl a každý to tam nevydrží. Ti schizofrenici třeba odchází si zakouřit a pak se zase vrací. Potom mají nějaký terapeutický aktivity typu arteterapie, každý den jsou aktivity jiné. Pak mají skupiny, pak ti pacienti, kteří zůstávají u nás na oddělení 3D, ti mají jiný program.“

Mají rezidentský skupiny z toho důvodu, aby jak se tady ty lidi točí, aby oni byli uzavřená skupina. Ti nováčci, kteří potom pokračují na standardní oddělení, mají taky svoje skupiny. Rezidenti jsou pak taky zapojeni do pracovních terapií. Pak je oběd, takže to dopoledne mají takový vyplněný, arteterapie, nějaký skupiny, individuální pohovory jak s terapeuty, tak se sestrami. Každá z nás má třeba 2-3 pacienty, kterým se věnuje. Odpoledne mají pracovní terapie.“ Sestra 10 popsala dopoledne stejně, jen dodala: „Potom jsou tady pacienti, kteří si vyřizují přes sociální pracovnice svoje osobní záležitosti. My tady pracujeme jako case management, takže my jim pomáháme v tom, když je třeba někdo v těžký životní situaci, tak jim pomáháme, nastavujeme jim cestu dál. Jezdíme s nimi třeba do IKOSU, to je vlastně bezplatný právní poradenství, nebo jim taky nakupujeme věci, někteří to ani nezvládnou si nakoupit, protože mají sociální fobie.“ Sestra 11: „V půl 1 chodí na oběd, pak mají do půl 2 volno. Pak začíná odpolední program, je tam arte skupina, ruční dílna, procházka, sportovní dny, různě. My to tady můžeme individuálně měnit. To je přibližně do půl 4, pak mají do 5 hodin volno, pak je večere. Od půl 8 je taková krátká hodnotící komunita a v 10 hodin je večerka.“ Sestra 12 odpověděla takto: „Budiček, hygiena, podávání léků, snídaně, dopolední vycházky, jestliže už je mají. Pak je vizita, oběd, a podle složení oddělení a stavu personálu odpoledne buď tělocvična, nebo vycházka, večere.“ Odpověď sestry 13 byla podobná: „My tu nemáme žádná režimová opatření. Ráno snídaně, hygiena. Během dne se s nimi chodí do bufetu, na vycházky, pokud už je mají. Pak je tam nějaká pracovní terapie, že můžou, pokud mají zájem. Chodí nás sem navštěvovat na canisterapii pán se psem. Máme tady tělocvičnu, do ní taky chodí. Užívání léků a dodržování režimu, aby neměli přístup k těm látkám, na kterých jsou závislí.“

4.7.2 Harmonogram práce sestry

V této kategorii bylo cílem zjistit harmonogram práce sester na detoxifikační jednotce. Odpovědi sester se od sebe ničím výrazným nelišily. Sestra 9 odpověděla: „Ráno rozdání léků, pak sezení na komunitě. Do toho nějaký individuál, ten je na hodinku a půl cca. Pak se z toho musí zapsat zápis hlavně, to je nejhorší pro mě. Mě nevádí ta

komunikace s nimi, ale pak to zadávat do počítače, aby se to dalo číst a mělo to hlavu a patu, protože kolikrát to, co pacienti říkají, tak hlavu a patu nemá. Ranní odběry jsou úterý, čtvrtek, pátek, měření ranního tlaku. Otevíráme ošetrovatelský plány, ta práce je tady spíš o tom počítači.“ Odpověď sestry 10 byla podobná: *„Tak ráno podávám léky, měřím tlaky. Musím otevřít v počítači ošetrovatelský plány, pak vizita, komunita, potom ty individuální rozhovory máme. To je asi všechno.“* Sestra 11: *„Od rána se to přizpůsobuje tomu pacientovi. Takže ráno přijít do směny, podat léky, změřit tlaky, pak se zúčastnit veškerých aktivit. Jsou na směně 2 sestry, takže jedna dělá vizitu s panem doktorem a druhá psychoterapii. Odpoledne se to střídá.“* Sestra 12 odpověděla: *„Když je klasický den bez nepředpokládaných věcí, tak je předávání služby, příprava na odběr biologického materiálu, ranní hygiena s pacienty. Práce na vizitě s lékaři dopoledne, příprava pacientů na vyšetření, organizace dopravy, aby to na sebe navozovalo.“* Odpověď sestry 13: *„Ranní hygiena, podávání stravy, aplikace léků, odběr biologického materiálu. To zaměstnávání klientů. Různý děláme vyhodnocování stavu, hodně času strávíme s dokumentací. To nás dost zatěžuje.“*

4.7.3 Organizační systém péče a metody léčby

Tato kategorie měla za cíl zjistit, jaký je na oddělení zaveden organizační systém sesterské péče a metody léčby. Co se týče organizačního systému sesterské péče, odpovědi sester se lišily. S (9, 10) uvedly funkční systém. Sestra 11 odpověděla: *„Organizační systém máme celkově pro celou léčebnu, ale naše oddělení 3D je hodně individuální, takže máme takový svůj vlastní systém.“* S (12, 13) uvedly jako svou odpověď skupinovou péči. Další otázka se týkala metod léčby. Převládala odpověď, že metoda léčby je pomocí medikace. Sestra 9 odpověděla takto: *„My fungujeme úplně jinak než na tom standardním oddělení, ať je to pacient, který včera nastoupil, a i když je to pacient, který je tu třeba 2 měsíce. Takže je to takové hodně individuální.“* Sestra 10: *„Metoda léčby je vlastně lékovou formou, vyabstinováváme tady pacienty. Je to taky psychoterapie a ty léky, je to taková kombinovaná.“* Sestra 11 odpověděla: *„Jak komunitní, tak i individuální.“* Sestra 12: *„Medikamentózní a částečně spolupracujeme*

s psychologem, kterého máme na částečný úvazek.“ Odpověď sestry 13: *„No, jsou to psychofarmaka.“*

4.7.4 Sesterské aktivity

Cílem této kategorie bylo zjistit, jakých aktivit se sestry aktivně zúčastňují nebo je vedou a také to, jakým způsobem si doplňují vědomosti a znalosti v oboru. Nejprve byl položen dotaz na aktivity. Sestra 9 uvedla: *„Občas nějakou skupiny, mívaly jsme pravidelně skupiny, ale tím že tady máme teď peera, tak to převzal za nás, takže skupiny nám odpadly. Jinak nic, jen ty individuály.“* Sestra 11 odpověděla: *„Jsem case managerka, takže mám taky pár pacientů, účastním se skupin i rezidentských skupin. Dohlížím na chod oddělení, je toho dost.“* Sestra 12 překvapivě uvedla: *„Tady není žádná terapeutická činnost.“* Odpověď sestry 13: *„To zaměstnávání pacientů. Děláme taky komunity jednou týdně s pacienty, potom podávání léků, pohovory s pacientem, když se jim člověk jako věnuje, když potřebují.“* Sestra 10 uvedla pouze individuály. Co se týče doplňování vědomostí a znalostí v oboru, odpovědi sester byly také podobné. Sestra 9 uvedla: *„No tak jezdíme na kongresy, teď jedeme na stáž. Jezdíme do terapeutických komunit, abychom věděly, kam pacienty posíláme. Protože pak je nějaká návaznost v té léčbě, oslovujeme Fokusy, spolupracujeme, abychom to i viděly na vlastní oči. Takže když je nám to umožněno, tak vyrazíme.“* Sestra 10 odpověděla podobně: *„Sebevzdělání a potom navštěvujeme jiná zařízení, kde se poučujeme a tak nějak zkoumáme, co je nového.“* I odpověď sestry 11 byla podobná: *„Doděláváme si specializace, jezdíme na různé stáže, na semináře, na výcviky a návštěvy různých zařízení.“* Sestra 12: *„Z časopisů a ze seminářů.“* Sestra 13 jako jediná uvedla internetový zdroj: *„Jezdíme na různé semináře psychiatrický, najdu si informace na internetu, v časopisech zdravotnických.“*

4.7.5 Zabezpečení psychoterapeutické péče a zajištění psychoterapeutického režimu oddělení

U této kategorie jsem dostala rozdílné odpovědi. Sestra 9 uvedla stručnou odpověď: *„Tím že tady pracuji.“* Sestra 10 odpověděla: *„Účastním se komunit, samozřejmě tam vkládám svoje reflexe. Pak máme skupiny, individuály. Pak máme i týmovou poradu, kde vlastně jako sestra sdělují svůj názor a jako case manager sdělují to, jak pracuji s tím pacientem.“* Sestra 11 uvedla nejobsáhlejší odpověď: *„Tady u toho je to trochu jiný, tady mají pacienti case managerky, ty sestřičky. Plus mají terapeuta, vždy se domlouváme týmově, co s tím pacientem udělat. Tady to není tak, že by to měl terapeut a ten rozhodl, tady ne. Tady je case managerka, terapeut, lékař a vlastně celý tým má co do činění, aby hovořil, co bude dál s tím pacientem.“* Odpovědi S (12, 13) se shodovaly. Sestra 12: *„Tady nemáme psychoterapeutickou péči.“* Sestra 13: *„My tady žádného psychoterapeuta nemáme. Máme jen paní psycholožku na zkrácený úvazek, a to má ještě rozdělený po jiných odděleních. Pokud je třeba nějaký psychologický sezení, tak ji seženeme a má třeba několik sezení s pacientem. Víc nemáme možnost zajistit. Třeba děláme v tělocvičně, pokud jsou zájemci, relaxaci. Pouštíme hudbu, ale to je takový, no proškolený na to nejsme.“*

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá specifiky práce sestry na psychiatrickém oddělení se závislými klienty. Byly určeny 3 cíle. První cíl byl zjistit a popsat specifika práce se závislými klienty u sester pracujících na psychiatrickém oddělení. Druhý cíl byl zjistit a popsat specifika práce sester pracujících v programu detoxifikačního oddělení. Třetí cíl byl zjistit a popsat specifika práce sester pracujících na lůžkovém oddělení pro střednědobou odvykací léčbu.

Při analýze získaných dat jsme si stanovili 3 kategorie, přičemž 2 kategorie jsme ještě rozdělili na několik podkategorií.

V první kategorii s názvem „*Specifika práce sester na psychiatrickém oddělení*“ jsme od sester zjišťovali, jaká specifika obnáší práce na psychiatrickém oddělení. Sestry pracující na oddělení střednědobé odvykací léčby se celkově shodly v tom, že sestra pracující na psychiatrii by měla být hlavně trpělivá a empatická. To ve svém článku zmiňují i Moreno-Poyato et al. (2017), v němž uvádí, že jeden z nejdůležitějších aspektů pro pacienta je empatická sestra, která je schopna rozpoznat, co pacient v daném okamžiku od sestry očekává či potřebuje. Pacienti také oceňují trpělivost a smysl pro humor. Pokud se pacienti necítí dobře, klesá jejich zájem o fyzické potřeby a zaměřují se spíše na aspekty prováděné péče. Modes et al. (2014) ve své publikaci uvádí, že jedním z nejdůležitějších prvků práce sester na psychiatrii je práce s motivací. Motivace klientů je postupně měnící se proces, který se vyvíjí podle stavu klienta. Tento proces je rozdělen na 6 částí a je nutné, aby sestra poznala, ve kterém stádiu se klient nachází. Možná záměna stádií a tím pádem špatně zvolené prostředky mohou být pro klienta kontraproduktivní. Dále se sestry (1, 2, 3) shodly na nutnosti dohledu nad dodržováním léčebného režimu a řádu zařízení. Sestra 6 zmínila i namátkové kontroly: „*Práce na psychiatrickém oddělení se liší od normálního oddělení třeba v tom, že kontrolujeme pacienty, co se týče alkoholu a drog, kontrolujeme jim stolky, úklid, že pacienti si sami uklízí, kontrolujeme, co dělají ve volném čase.*“ Naopak sestry pracující na detoxifikační jednotce nezmínily nutnost dodržování léčebného režimu a řádu, ale zaměřily se spíše na individuální přístup k pacientovi. Nejobsáhlejší odpověď podala

sestra 10: „*Tak tady se musí určitě rozumět problematice závislosti a ten člověk se musí opravdu brát jako člověk, tady se s nimi hodně povídá, je to založený na individuální terapii, na vlastně vzhledu do jeho duše, do pochopení závislosti. Není to tak, že tady někomu zalepíme ránu a je zdravý, to je běh na dlouhou trať ta terapie. Tak nějak pochopení toho člověka, naučit se s ním pracovat. Nevím, jsou tam zařazený i jejich obrany, manipulace, musíme se v tom vyznat. A v diagnózách jako takových, když jsou psychotický nebo schizofrenický, je tam nějaká individuální péče, nezvládnou to, co normální pacienti.*“ Sestry (12, 13) se zaměřily na dohled nad klienty, aby se nedostali k návykovým látkám a také na monitoraci jejich psychického stavu.

V první podkategorii jsme se zaměřili na specifika pracoviště střednědobé odvykací léčby a detoxifikační jednotky z pohledu sester. Na oddělení střednědobé odvykací léčby se sestry vyjádřily obdobně jako v první kategorii. Sestry (1, 2, 8) považovaly za specifika jejich oddělení namátkové detekční zkoušky na alkohol a drogy. Sestra 2 uvedla: „*Můžeme kdykoliv zkontrolovat detekční zkouškou, jestli pacienti během vycházky nepožili alkohol nebo jiné psychoaktivní látky, děláme jim pravidelně testy na přítomnost těchto látek v moči nebo v krvi občas. Musíme kontrolovat, jestli dodržují režim závislých.*“ Podobný názor měla i sestra 4: „*Zapojení do pracovní terapie, psychoterapie, různé komunitní aktivity.*“ Jiný úhel pohledu měla sestra 6: „*To si myslím, že je v tom, že se více zaměřujeme na tu psychoterapeutickou část a více si s pacienty povídáme než na odděleních, kde je spíš lékařská a ošetrovatelská péče.* Petr et al. (2014) udávají specifika na oddělení střednědobé léčby podobně jako dotazované sestry. Sestra je dle nich úzce zapojena do zajišťování terapeutického programu, znalost vnitřních řádů a předpisů oddělení a kontrola nad jejich dodržováním. Za důležitou považují edukaci pacientů a práci s jejich motivací. Dotazované sestry na detoxifikační jednotce se ve většině shodly v individuálním přístupu ke každému pacientovi. Sestra 9 uvedla: „*Tady u nás je speciální to, že k tomu pacientovi opravdu přistupujeme individuálně, proto je to oddělení 3D, bereme ho z pohledu ze všech stran. A bereme v potaz to, že mají ještě nějakou duální diagnózu, takže třeba těm schizofrenikům se věnujeme daleko intenzivněji, líp, a tu individuální péči tam opravdu směřujeme.*“ Sestra 10 jako jediná zmínila i sexualitu pacientů: „*Oni se vlastně*

odměňují tím, že když si nemůžou dát tu drogu, tak si tady vyhledávají sex. Tak si myslím, že tohle je třeba ohlídat. Ženy edukujeme k tomu, aby prostě ten sex měly bezpečný, protože jsou tady závislí, kteří jsou nemocní, buď jsou tady HIV pozitivní, žloutenky, pohlavně nakažlivé nemoci.“ Sestra 13 je toho názoru, že léčba není moc efektivní a valná část pacientů se opakovaně vrací. Z našeho pohledu tedy z tohoto výzkumu vyplývá rozdíl v přístupu sester ke klientům na oddělení střednědobé odvykací léčby a detoxifikační jednotky v tom, že na detoxifikační jednotce se klientovi dostane opravdu individuální přístup, se zohledněním jeho potřeb.

Druhá podkategorie byla zaměřena na rozdíl ve spolupráci s pacientem s duševním onemocněním a s pacientem ze standardního oddělení. Sestry z oddělení střednědobé odvykací léčby nejčastěji zmiňovaly psychickou náročnost spojenou s péčí o psychiatrického pacienta a rozdíl v povinnostech pacientů, s tím, že pacienti na psychiatrii jsou dle řádu povinni dodržovat pořádek na pokoji, dodržovat účast na povinných aktivitách a režim oddělení. Molina-Mula et al. (2018) v roce 2015 zrealizovali studii se 167 sestrami pracujícími na psychiatrickém oddělení a dle dosažených výsledků uvádějí, že ačkoliv většina sester považuje pacienty se závislostí na alkoholu za nemocné jedince, necítí se při práci s nimi dobře a převládá u nich názor, že alkoholici nechtějí přestat užívat alkohol. Sestry (6, 8) byly toho názoru, že u psychiatrických pacientů je nutno k nim přistupovat s větší tolerancí a psychoterapeutickým přístupem. Sestry na detoxifikační jednotce sdílely podobné názory, vesměs převládal názor, že pro efektivní práci s duševně nemocnými pacienty je zapotřebí hlavně vlídný a komunikativní přístup ze strany sestry. Sestry (9, 12) zmínily možnou nepředvídatelnost v chování duševně nemocných pacientů a sestra 13 byla toho názoru, že spolupráce s duševně nemocným pacientem je lepší než na standardním oddělení.

Ve druhé kategorii jsme se zaměřili na to, co všechno sestry pracující na psychiatrii vnímají jako své kompetence. Pojem kompetence znamená „způsobilost“ či „pravomoc“. Kompetence lze tedy chápat jako význam označující předpoklady pro vykonávání určitých aktivit (Procházka et al., 2013). Na oddělení střednědobé odvykací

léčby se odpovědi sester poměrně shodovaly. Všechny sestry (1-8) uvedly mezi své kompetence podávání léků a pozorování možných změn v chování pacientů. Sestra 2 ještě uvedla pozorování možného výskytu nežádoucích účinků po podání medikace. Sestra (2, 3) uvedly ještě kompetenci použít omezovací prostředek po dohodě s lékařem. Omezovací prostředky, především síťová lůžka kritizuje ve svém článku Böhmová (2018), podle které používání omezovacích prostředků vede ke ztrátě individuality pacientů a dochází tak k velké mocenské nerovnováze mezi personálem a pacienty. Naopak Winklerová et al. (2012) ve svém článku zveřejňují vyjádření psychiatrů, podle kterých je klecové lůžko mírný omezovací prostředek, který může pacientovi prospět. Na detoxifikační jednotce většina sester neodpovídala konkrétně, pouze sdělily, že jejich kompetence jsou stejné, jako má všeobecná sestra. Pouze sestra 10 svou odpověď nejvíce rozvedla a zmínila tvorbu anamnézy a vyhodnocení celkového stavu pacienta včetně tvorby hodnotících škál. Petr (2016) udává, že psychiatrické sestry mohou v souladu se svými kompetencemi poskytovat rozmanité spektrum psychoterapeutických činností. Řadí tam například psychickou aktivizaci pacienta, relaxační techniky, aktivizaci kognitivních funkcí pacienta a edukační a podpůrnou práci s jeho rodinou. Dle našeho názoru z naší analýzy vyplývá, že většina sester na psychiatrii tyto kompetence využívá. Doplnující otázka zněla, zda by si sestry pracující na psychiatrii přály kompetenci, kterou ještě nemají. Sestra 4 zmínila ukončení hospitalizace sestrou při nevhodném chování pacienta a sestra 8 by uvítala kompetenci, kdy by mohla s pacienty realizovat muzikoterapii. Ostatní dotazované sestry si žádné nové kompetence nepřály.

Ve třetí kategorii s názvem „*Chod oddělení*“ jsme měli za cíl zmapovat chod oddělení, základní informace o hospitalizaci pacientů, harmonogram práce sester a sesterské aktivity. Z důvodu velkého množství dat jsme tuto kategorii rozdělili na 5 podkategorií. Nejprve jsme zjišťovali, s jakými druhy závislostí se pacienti léčí a jak dlouho trvá léčba. Co se týče závislostí, na oddělení střednědobé péče všechny sestry (1-8) uvedly drogy a alkohol, sestra (2, 4) zmínily i závislost na automatech a sestra 4 uvedla mimo drogy a alkohol i lékovou závislost. Na detoxifikační jednotce odpověděly sestry stejně, také závislost na alkoholu a drogách, pouze sestra 9 zmínila gambling. Mezi návykové

látky vedoucí k závislosti lze zařadit organická rozpouštědla, halucinogeny, stimulantia a opiáty. Látky tlumící nervový systém navozují fyzickou závislost a do této kategorie lze zařadit hypnotika, anxiolytika a etanol (Kalina et al., 2015). Délka hospitalizace na oddělení střednědobé odvykací léčby trvá dle sester v průměru od 6 týdnů do 6 měsíců. Modes et al. (2014) uvádí délku hospitalizace v obvyklém rozsahu 5-14 týdnů. Na detoxifikační jednotce sestry uvedly délku léčby v průměru od 5 týdnů do 14 dní, u rezidentů pak 3-4 měsíce. Modes et al. (2014) uvádí, že hospitalizace na detoxifikační jednotce trvá zpravidla do 3 týdnů.

V první podkategorii jsme si dali za cíl zmapovat denní řád pacientů. Sestry na oddělení střednědobé odvykací léčby popsaly řád veskrze stejně. Ráno pacienti absolvují rozcvičku a u určitých pacientů dále následuje odběr biologického materiálu. Následuje snídaně, podávání ranní medikace, ranní komunita, vizita a určité terapeutické programy, které se mění podle dnů v týdnu. Následuje oběd, polední klid, podávání polední medikace, terapeutické a psychoterapeutické programy, večeře, podávání léků, osobní volno pacientů a večerka. Na detoxifikační jednotce se dle dotázaných sester program příliš nelišil. Ráno v půl 7 budíček, následuje podávání ranní medikace, snídaně a ranní komunita trvající 1,5 hodin. Následují terapeutické skupiny (rozdělené pro nováčky, rezidenty a ostatní pacienty), individuální pohovory se sestrami a s terapeuty a oběd. Odpoledne pak následují pracovní terapie a psychoterapie, které se opět mění podle dnů v týdnu. Pacienti mohou využít i tělocvičnu a pravidelně navštěvuje oddělení pracovník canisterapie. V podvečer se podává večeře, večerní léky, následuje večerní komunita a večerka. Z našeho pohledu je tedy chod oddělení podobný, pouze na oddělení střednědobé odvykací léčby nejsou zavedeny individuální pohovory se sestrami.

Ve druhé podkategorii jsme se zaměřili na harmonogram práce sestry. Na oddělení střednědobé odvykací léčby se sestry ve velké míře odkazovaly na harmonogram prací vytvořený vrchní sestrou. Při popisu harmonogramu se sestry shodovaly, popsaly stěžejní věci stejně. Na oddělení jsou zavedeny 3x týdně ráno odběry krve, podávání léků pacientům, kontrola osobních věcí a chování pacientů, práce s administrativou

a plnění úkonů z harmonogramu vytvořeného vrchní sestrou. Na detoxifikační jednotce je harmonogram sester podobný. Ráno se podává medikace, následuje ranní komunita a individuální pohovory se sestrami a terapeuty. Z individuálních pohovorů je nutné vytvořit záznam do PC, což je pro sestru 9 časově nejnáročnější aktivita. Další ranní aktivity sester jsou měření tlaku, 3x v týdnu odběr krve a vedení ošetrovatelských plánů. Sestry zmínily, že se průběžně po celý den intenzivně věnují pacientům ve formě rozhovorů, to je dle našeho výzkumu největší rozdíl mezi oddělením střednědobé odvykací léčby a detoxifikační jednotkou.

Ve třetí podkategorii s názvem „*Organizační systém péče a metody léčby*“ jsme měli za cíl zmapovat, jaké jsou dle sester na oddělení střednědobé odvykací léčby a detoxifikační jednotce zavedeny organizační systémy péče a metody léčby. Každý člen ošetrovatelského týmu má jasně vymezené kompetence, což má za následek poskytování efektivní a kvalitní péče pacientovi. Existuje několik druhů forem poskytování ošetrovatelské péče, ovšem všechny mají stejný cíl, a tím je plynulý chod oddělení, uspokojování potřeb nemocného a zajištění lékařských ordinací. Nejčastěji se ve zdravotnictví vyskytují systémy skupinové péče, pokojový systém péče, systém primárních sester a funkční systém. Systém skupinové péče je založen na principu, že sestra věnuje péči trvalé skupině pacientů. Pokojový systém péče je podobný, ošetrovací jednotka je rozdělena podle pokojů a každá ze sester je zodpovědná za pacienty na pokojích, již jí byli přiděleni. Systém primárních sester je založen na tom, že každý pacient má svou primární sestru, která za něj nese zodpovědnost po celou dobu jeho hospitalizace. Funkční systém je zaměřen na to, že každý člen týmu provádí určité výkony dle svých kompetencí, není tedy prostor na individuální přístup k pacientovi (Vytejková, 2011). Na oddělení střednědobé péče veškeré dotázané sestry (1-8) uvedly, že praktikují funkční systém. Na detoxifikační jednotce sestry (9, 10) uvedly funkční systém a pouze sestry (12, 13) uvedly skupinovou péči. Dle naší analýzy funkční systém není na psychiatrická pracoviště vhodný a 3 z dotazovaných sester na detoxifikační jednotce zřejmě nevěděly, na jakém principu funkční systém péče spočívá, jinak by uvedly systém skupinové péče. Léčbu v psychiatrii lze rozdělit na 3 základní pilíře, a tím jsou biologické léčebné metody, psychoterapie a psychiatrická

rehabilitace. Do biologických léčebných metod spadá podávání psychofarmak či elektrokonvulzivní terapie (Petr et al., 2014). Na oddělení střednědobé léčby se na dotaz, jaká metoda léčby je na jejich oddělení uplatňována, sestry shodly v režimové léčbě. Sestry (4, 5) zmínily ještě psychoterapii a farmakologickou léčbu. Na detoxifikační jednotce se sestry shodly na farmakologické léčbě s tím, že sestra 10 uvedla ještě psychoterapii. Sestra 11 uvedla, že metoda léčby je individuální i komunitní.

Ve čtvrté podkategorii jsme se zaměřili na sesterské aktivity, kterých se buď sestry aktivně účastí, nebo je vedou a také na to, jakým způsobem si doplňují znalosti v oboru. Na oddělení střednědobé odvykací léčby sestry (2, 6, 7, 8) uvedly, že se zúčastňují komunit. Sestra 3 uvedla ještě účast na vizitách a sestra 4 uvedla, že vede edukační skupinu pro závislé. Sestry (7, 8) ještě uvedly účast na terapeutických skupinách. Naopak sestry (1, 5) jako jediné neudaly žádnou aktivitu. Na detoxifikační jednotce sestry (9, 10, 11) uvedly individuální pohovory v souvislosti s tím, že každá sestra je tzv. „*case manager*“. Case management lze chápat jako ucelenou koordinaci péče o konkrétního pacienta (Juríčková et al., 2014). Sestra 12 uvedla, že na jejich oddělení nefunguje žádná terapeutická činnost. Dle našeho názoru jsou tedy sestry na detoxifikační jednotce aktivnější v činnostech týkajících se komunikace s pacienty, tento výsledek nám z našeho výzkumu vyšel již v analýzách předešlých kategorií. Co se týče doplňování vědomostí a dovedností v oboru, na oddělení střednědobé odvykací léčby byla nejčastější odpověď čerpání informací z odborných časopisů. Odpověděly tak sestry (1, 2, 3, 7, 8). Sestry (4, 5, 6, 8) uvedly mimo školení, přednášky a semináře, sestra 2 zmínila televizní pořady a sestra 7 uvedla i nastavbová studia. Na detoxifikační jednotce sestry (9, 10, 11) uvedly návštěvy jiných adiktologických zařízení. Sestry (11, 12, 13) uvedly semináře. Náš názor je takový, že návštěvy jiných adiktologických zařízení jsou sestrám prospěšné, načerpají tam mnoho užitečných informací a mohou předat pacientům zpětnou vazbu, proto by se takové návštěvy měly zavést i na odděleních střednědobé odvykací léčby.

V páté podkategorii s názvem „Zabezpečení psychoterapeutické péče a zajištění psychoterapeutického režimu oddělení“ jsme si dali za cíl zjistit, jak sestry vnímají zabezpečení psychoterapeutické péče a zajištění psychoterapeutického systému na jejich oddělení. Na oddělení střednědobé odvykací léčby se nám dostalo od sester (2, 4, 5, 8) stejné odpovědi a to té, že psychoterapeutický režim oddělení zajišťují psychologové a terapeuti. Sestra 3 zmínila, že psychoterapeutickou péči a režim zajišťuje celý zdravotnický tým. Sestra 6 se podílí tak, že v případě potřeby promluví s pacientem a sestra 1 uvedla, že se na těchto aktivitách nijak nepodílí. Dle našeho názoru sestry na oddělení střednědobé odvykací léčby zajištění psychoterapeutického režimu a péče nepovažují za součást náplně práce. Na detoxifikační jednotce sestry (10, 11) zmínily své úlohy case managerek, účast na komunitách a skupinách, a vnímají to jako úlohu v zajišťování psychoterapeutického režimu a řádu. Oproti tomu sestry (12, 13) uvedly, že žádnou psychoterapeutickou péči na svém pracovišti nemají. Dle výsledků naší analýzy valná většina sester zabezpečení psychoterapeutického režimu a péče nepovažují za součást náplně jejich práce.

6 Závěr

V naší práci jsme se zaměřili na kompetence sester pracujících na psychiatrickém oddělení se závislými klienty, na specifika práce sester v programu detoxikačního oddělení a na specifika práce sester v programu lůžkového oddělení střednědobé odvykací léčby.

Stanovili jsme si 3 výzkumné otázky: “ Jaká jsou specifika práce se závislými klienty u sester pracujících na psychiatrickém oddělení? Jaká jsou specifika práce sester pracujících s klienty v programu detoxifikačního oddělení? Jaká jsou specifika práce sester pracujících na lůžkovém oddělení pro střednědobou odvykací léčbu?“

Z výsledků jsme si vytvořili 3 kategorie a 7 podkategorií. Z výzkumného šetření v první kategorii vyplývá, že sestry řadí mezi specifika práce na psychiatrickém oddělení se závislými pacienty povahové vlastnosti sestry, jako je empatie a trpělivost. Dále pak nutnost dohledu nad dodržováním léčebného režimu pacientů a namátkové detekční zkoušky na návykové látky. Sestry poukázaly také na nutnost individuálního přístupu ke každému pacientovi. Za specifika na oddělení střednědobé odvykací léčby sestry označily dohled nad užitím léků, možnost detekce na návykové látky, rozeznávání změn v chování pacientů, dohled nad dodržováním režimu a zapojení pacientů do terapeutických programů. Na detoxifikační jednotce označily sestry za specifika individuální přístup k pacientovi, zajištění bezpečných sexuálních aktivit, nácvik určitého životního stylu, režimu a sebekpěče.

Z druhé kategorie vyplývá, že sestry mezi své kompetence řadí podávání léků, pozorování změn v chování pacientů a možnost použít po dohodě s lékařem omezovací prostředky. Dále pak jedna sestra uvedla, že mezi její kompetence spadá vytvoření anamnézy, zhodnocení celkového stavu pacienta včetně tvorby hodnotících škál. Dotazované sestry ve většině odpovídaly tak, že jejich kompetence jsou stejné, jako má všeobecná sestra a dále své odpovědi nerozváděly. Jedna sestra by uvítala, kdyby měla kompetenci ukončit hospitalizaci pacienta při jeho nevhodném jednání a další sestra

by si přála kompetenci, při které by mohla provozovat muzikoterapii. Jinak ostatní dotázané sestry o žádné další kompetence nestály.

Ve třetí kategorii jsme zjistili, že nejvíce pacientů na adiktologických odděleních tvoří lidé závislí na alkoholu a drogách a průměrná doba hospitalizace na oddělení střednědobé odvykací léčby je 6 týdnů a na detoxifikační jednotce 14 dní. Denní řád pacientů je pevně daný, jedna z úloh sestry na psychiatrii je právě v dohledu nad dodržováním řádu, přičemž při porušení hrozí pacientům na oddělení střednědobé péče bodový postih, který může vyústit v ukončení hospitalizace. Dále jsme zjistili, že na detoxifikační jednotce je více zajištěn individuální přístup k pacientovi s ohledem na jeho možné duální diagnózy. Co se týče sesterských aktivit, z naší analýzy vyplynulo to, že si sestry aktivně doplňují vědomosti a znalosti v oboru psychiatrie různými způsoby, ať už literaturou, semináři, školením či jinými způsoby. Poznatky a výsledky výzkumu mohou být využity pro závislé jedince, kteří se bojí odvykací léčbu podstoupit pro nedostatek informací o průběhu léčby.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BÖHMOVÁ, O., 2018. Právnička ombudsmanky: Omezovací prostředky se v české psychiatrii stále používají příliš často. Nikdo z politiků to ale neřeší. *Zdravotnický deník* [online]. [cit. 2019-07-15]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/10/pravnicka-ombudsmanky-omezovaci-prostredky-se-ceske-psychiatrii-stale-pouzivaji-prilis-casto-nikdo-politiku-neresi/>
2. BORSKÁ, V. et al., © 2011. *Červenodvorské studijní texty: Vnitřní materiál pro samostudium pacientů*. Psychiatrická léčebna Červený Dvůr. 216 s.
3. DREHER, J., 2017. *Psychofarmakoterapie: stručně, jasně, přehledně*. Přeložil L. LANDA. Praha: Grada Publishing. 215 s. ISBN 978-80-271-0133-7.
4. DUŠEK, K. et al., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
5. FISCHER, S. et al., 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. 2.*, rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0.
6. HABERMEYER, B. et al, 2018. Coercion in substance use disorders: clinical course of compulsory admissions in a Swiss psychiatric hospital. *Swiss Medical Weekly* [online]. 6(9), 1-6. [cit. 2019-07-15]. DOI: <https://doi.org/10.4414/smw.2018.14644>. Dostupné z: <https://smw.ch/article/doi/smw.2018.14644>
7. HERDMAN, T. et al., 2016. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2015-2017*. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
8. HLINOVSKÁ, J. et al., 2009. *Ošetrovatelský proces v psychiatrii – spojení teorie a praxe* [online]. [cit. 2019-07-10]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/osetrovatelsky-proces-v-psychiatrii-spojeni-teorie-a-praxe/>
9. HOSÁK, L. et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 648 s. ISBN 9788024629988.

10. HOSÁKOVÁ, J., 2007. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství. 158 s. ISBN 978-80-7248-442-3.
11. JEDLIČKA, R. et al., 2018. *Pedagogická psychologie pro učitele: psychologie ve výchově a vzdělávání*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-271-0586-1.
12. JURÍČKOVÁ, L. et al., 2014. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada. 159 s. ISBN 978-80-247-4786-6.
13. KALINA, K., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.
14. KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
15. KAŠPÁREK, T. et al., 2013. *Alkoholový odvykací stav a delirium – od patofyziologie k léčbě* [online]. [cit. 2019-07-10]. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2014-2/alkoholovy-odvykaci-stav-a-delirium-od-patofyziologie-k-lecbe-48184>
16. KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-4733-0.
17. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
18. MACHOVÁ, J. et al., 2015. *Výchova ke zdraví. 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
19. MARTÍNKOVÁ, J., 2018. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů. 2., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. 380 s. ISBN 978-80-247-4157-4.

20. MEHLING, R., 2008. *Methamphetamine*. New York, NY: Chelsea House Publishers. 128 s. ISBN 9780791095324.
21. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2010. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PSYCHIATRII* [online]. [cit. 2019-07-10]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Admin/Soubor.ashx?souborID=19041&typ=application/pdf&nazev=P%c5%99%c3%adloha+%c4%8d.+10+VS++O%c5%a1et%c5%99ovatelsk%c3%a1+p%c3%a9%c4%8de+v+psychiatrii.pdf>
22. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2016. Schéma aktuálního vzdělávacího procesu pro psychiatrické sestry [online]. [cit. 2019-07-10]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2016/09/06/schem-a-aktualniho-vzdelavaciho-procesu-pro-psychiatricke-sestry/>
23. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2018. *Prvních pět Center duševního zdraví se otevřelo pacientům* [online]. [cit. 2019-07-10]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/prvnich-pet-center-dusevniho-zdravi-se-otevrela-pacientum_16025_3801_1.html
24. MOLINA-MULA, J. et al., 2018. Emergency and Mental Health Nurses' Perceptions and Attitudes towards Alcoholics. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 15(8), 78-88. [cit. 2019-07-15]. DOI: 10.3390/ijerph15081733. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6121874/>
25. MOORE, E., 2011. *The amphetamine debate: the use of Adderall, Ritalin, and related drugs for behavior modification, neuroenhancement, and anti-aging purposes*. Jefferson, N.C.: McFarland & Co. 248 s. ISBN 978-0786458738.
26. MORENO-POYATO, A.R. et al., 2017. Implementation of evidence on the nurse-patient relationship in psychiatric wards through a mixed method design: study protocol. *BMC Nursing* [online]. 16(1), 129-137. [cit. 2019-07-15]. DOI: 10.1186 /

s12912-016-0197-8. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5234145/>

27. NEŠPOR, K., 2018. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál. 256 s. ISBN 978-80-262-1357-4.
28. OCISKOVÁ, M. et al., 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 376 s. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5199-3.
29. OREL, M., 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 344 s. ISBN 978-80-247-5516-8.
30. PETR, T., 2014. Kompetence sester pracujících na psychiatrii. In: PETR, T., E. MARKOVÁ, et al., *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Grada, s. 37-42. ISBN 978-80-247-4236-6.
31. PETR, T., 2014. Komunitní péče v psychiatrii. In: PETR, T., E. MARKOVÁ, et al., *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Grada, s. 124-143. ISBN 978-80-247-4236-6.
32. PETR, T., 2014. Léčba v psychiatrii. In: PETR, T., E. MARKOVÁ, et al., *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Grada, s. 93-116. ISBN 978-80-247-4236-6.
33. PETR, T., 2014. Organizace psychiatrické péče v ČR. In: PETR, T., E. MARKOVÁ, et al., *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Grada, s. 42-49. ISBN 978-80-247-4236-6.
34. PETR, T., 2014. Vyšetřovací metody v psychiatrii. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al., *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Grada, s. 78-93. ISBN 978-80-247-4236-6.
35. PETR, T., 2016. *Reforma psychiatrické péče v ČR chytá druhý dech*. [online]. [cit. 2019-07-10]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/3/reforma-psychiatricke-pece-v-cr-chyta-druhy-dech/>
36. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

37. PROCHÁZKA, J. et al., 2013. *Psychologie efektivního leadershipu*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-4646_3.
38. RABOCH, J. et al., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. 468 s. ISBN 9788024619859.
39. RADIMECKÝ, J. et al., 2007. *Úvod do adiktologie: učební podklady ke kurzu*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova. 59 s. ISBN 978-80-239-9960-0.
40. ŠVELA, K. et al., 2011. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně. 2., dopl. a aktualiz. vyd.* Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3146-9.
41. ŠVARC, J., © 2008. *Omezující prostředky v psychiatrii* [online]. [cit. 2019-07-10]. Dostupné z: <http://solen.cz/savepdfs/psy/2008/05/12.pdf>
42. TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Triton. 226 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
43. Úřad vlády České republiky, 2015. *STANDARDY ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče)* [online]. [cit. 2019-07-10]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf
44. ÚZIS, 2018. *MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*[online]. [cit. 2019-07-10]. ISBN: 978-80-7472-168-7. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_4-10-2018.pdf
45. Vyhláška č. 137/2018 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů., 2018. In: *Sbírka zákonů České republiky, částka 71/2018. ISSN 1211-1244.*
46. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

47. WINKLEROVÁ, K., BUMBA, J., 2012. *Psychiatr: Síťová lůžka jsou mírným omezovacím prostředkem* [online]. [cit. 2019-07-15]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/psychiatr-sitova-luzka-jsou-mirnym-omezovacim-prostredkem_201201251916_kwinklerova

8 Seznam příloh

Příloha č. 1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru pro sestry

Identifikační otázky:

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
2. Na jakém oddělení jste pracovala dříve?
3. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
4. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?
5. Máte specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii?
6. Jaké jste absolvovala kurzy, psychoterapeutické výcviky, týkající se problematiky závislostí nebo psychiatrické péče?

Rozhovorové otázky:

7. Jaká jsou specifika práce sestry na psychiatrickém odd. z Vašeho pohledu?
8. Jaká jsou dle vašeho názoru specifika v péči o závislé klienty na Vašem oddělení?
9. V čem je spolupráce s pacienty s duševním onemocněním jiná než s pacienty na standardním oddělení?
10. S jakými druhy závislostí jsou zde pacienti hospitalizováni?
11. Jaká je průměrná doba hospitalizace pacientů na Vašem oddělení?
12. Jaký je režim oddělení/denní řád?
13. Jaké jsou Vaše kompetence?
14. Uveďte prosím kompetenci, kterou byste jako sestra na psychiatrickém pracovišti uvítala?
15. Jaký je na Vašem oddělení harmonogram práce sestry?
16. Jaký organizační systém práce sester je na Vašem oddělení uplatňován?
17. Jaká metoda léčby je na Vašem oddělení uplatňována?
18. Jakých aktivit se jako sestra zúčastňujete nebo je vedete?
19. Jakým způsobem se podílíte na zabezpečení psychoterapeutické péče či zajištění psychoterapeutického režimu oddělení?
20. Jakým způsobem si doplňujete vědomosti a dovednosti v oboru?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019